

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année Scolaire 1902-1903 — N° 130

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU  
LYMPHADÉNOME DE L'ORBITE

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*Et soutenue publiquement le 17 Janvier 1903*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon VARATGES

*Né à Oran (Algérie), le 4 Février 1879*

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

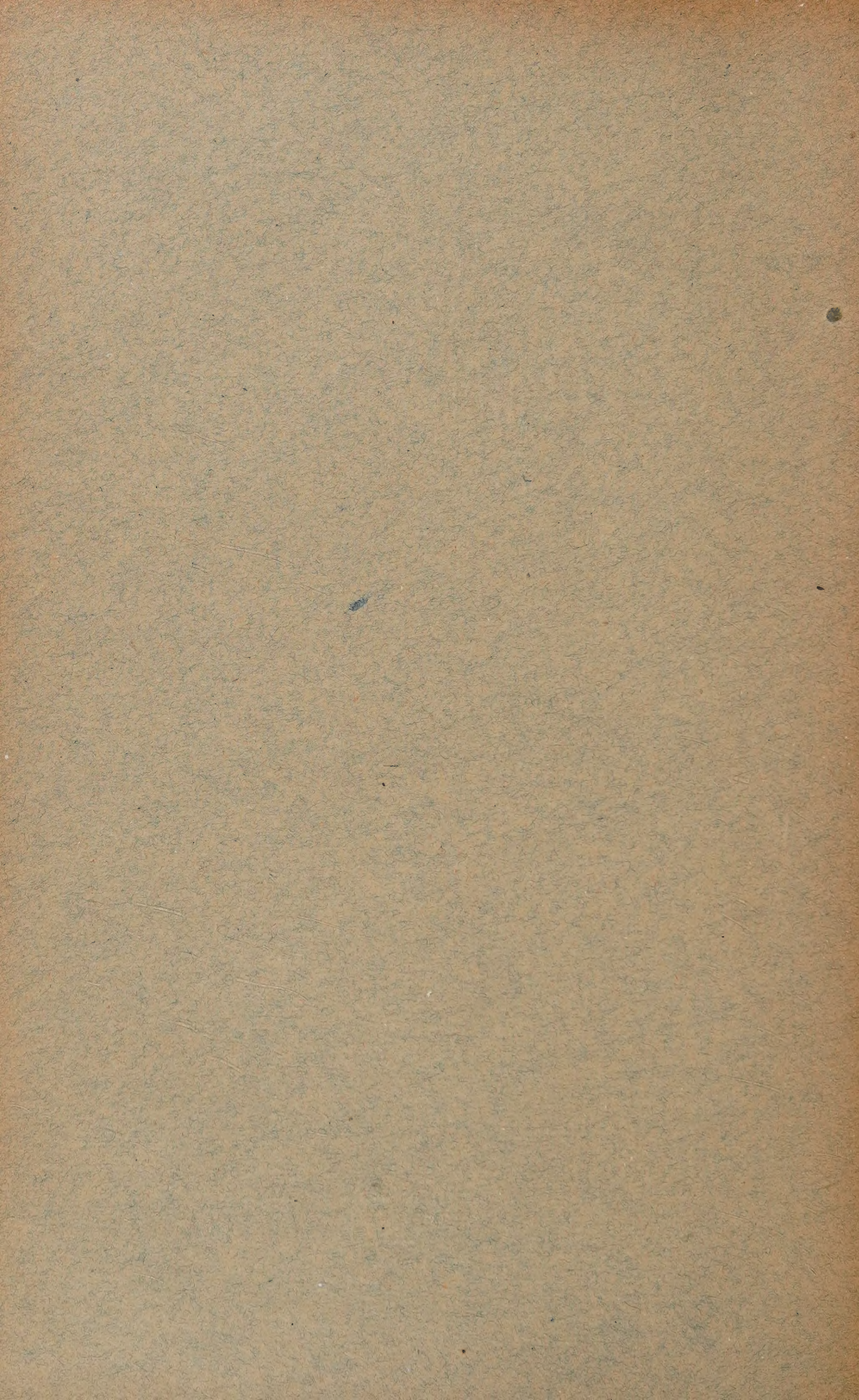


LYON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE J. PRUDHOMME

32, cours Gambetta, 32

1903



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LYMPHADÉNOME DE L'ORBITE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année Scolaire 1902-1903 — N° 130

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DU  
LYMPHADÉNOME DE L'ORBITE

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*Et soutenue publiquement le 17 Janvier 1903*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon VARATGES

*Né à Oran (Algérie), le 4 Février 1879*

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE J. PRUDHOMME  
32, cours Gambetta, 32

1903



# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| MM. LORTET . . . . . | DOYEN.    |
| LACASSAGNE . . . . . | ASSESEUR. |
| CROLAS . . . . .     | QUESTEUR. |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

### PROFESSEURS

|                                                           |   |                 |
|-----------------------------------------------------------|---|-----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                             | { | MM. LÉPINE.     |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                         |   | BONDET.         |
| Clinique obstétricale et Accouchements . . . . .          |   | BARD.           |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                        |   | PONCET.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . |   | JABOULAY.       |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                  |   | FOCHIER.        |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .               |   | GAYET.          |
| Physique médicale . . . . .                               |   | GAILLETON.      |
| Chimie médicale et pharmaceutique . . . . .               |   | PIERRET.        |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                 |   | WEILL.          |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                   |   | MONOYER.        |
| Parasitologie . . . . .                                   |   | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie . . . . .                                        |   | CAZENEUVE.      |
| Anatomie générale et Histologie . . . . .                 |   | FLORENCE.       |
| Physiologie . . . . .                                     |   | LORTET.         |
| Pathologie interne . . . . .                              |   | TESTUT.         |
| Pathologie externe . . . . .                              |   | RENAUT.         |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .           |   | MORAT.          |
| Anatomie pathologique . . . . .                           |   | TEISSIER.       |
| Médecine opératoire . . . . .                             |   | AUGAGNEUR.      |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .              |   | MAYET.          |
| Médecine légale . . . . .                                 |   | TRUPIER.        |
| Hygiène . . . . .                                         |   | POLLOSSON (M.). |
| Thérapeutique . . . . .                                   |   | ARLOING.        |
| Pharmacologie . . . . .                                   |   | LACASSAGNE.     |
|                                                           |   | COURMONT (J.).  |
|                                                           |   | SOULIER.        |
|                                                           |   | CROLAS.         |

### CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                      |                             |
|------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Clinique des maladies des femmes . . . . .           | MM. POLLOSSON (A.), agrégé. |
| Maladies des voies urinaires . . . . .               | CHANDELUX, —                |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . | LANNOIS, —                  |
| Propédeutique médicale . . . . .                     | ROQUE, —                    |
| Propédeutique chirurgicale . . . . .                 | ROLLET, —                   |
| Propédeutique de gynécologie . . . . .               | CONDAMIN, —                 |
| Anatomie pathologique . . . . .                      | DEVIC, —                    |
| Physiologie . . . . .                                | DOYON, —                    |
| Accouchements . . . . .                              | FABRE, —                    |
| Botanique . . . . .                                  | BEAUVISAGE, —               |

### AGRÉGÉS

|         |                 |                |               |
|---------|-----------------|----------------|---------------|
| MM.     | MM.             | MM.            | MM.           |
| ROUX.   | SIRAUD.         | BERARD.        | VILLARD.      |
| COLLET. | DURAND.         | SAMBUC.        | TIXIER.       |
| BOYER.  | PIC.            | BORDIER.       | FABRE.        |
| BARRAL. | PAVIOT.         | COURMONT (P.). | REGAUD.       |
| MOREAU. | NOVÉ-JOSSERAND. | CHATIN.        | CAUSSE, ch... |
| VALLAS. |                 |                |               |

M. BEAUDUN, Secrétaire.

### EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président ; ROLLET, Assesseur ;  
MM. VALLAS et TIXIER, Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA DOULOUREUSE MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Capitaine en retraite*  
*Chevalier de la Légion d'Honneur*

---

A MA MÈRE

---

MEIS ET AMICIS



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

*Ex-Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu*

*Professeur de Clinique chirurgicale*

*Membre correspondant de l'Académie de Médecine*

*Chevalier de la Légion d'Honneur*

---

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROLLET

*Chirurgien de l'Hôtel-Dieu*



## Introduction

---

L'orbite peut être le siège de toutes sortes de productions morbides. Parmi celles-ci, les tumeurs restent encore au nombre des affections, qui exercent le plus la sagacité du clinicien et qui présentent le plus de difficultés au point de vue du diagnostic.

Sans vouloir passer en revue toutes les tumeurs de l'orbite, nous pouvons dire qu'un certain nombre d'entre elles ont été étudiées d'une façon assez approfondie et ont une histoire clinique bien établie.

Depuis longtemps déjà personne ne songe à contester dans cette région, l'existence du cancer sous toutes ses formes ; la science possède maintes observations bien établies de tumeurs vasculaires de toutes sortes ; le sarcome et toutes ses variétés y ont pris une importance considérable ; la plupart des tumeurs dites bénignes, enfin, les tumeurs kystiques, l'adénome, le lipome, l'exostose occupent une assez large place dans la pathologie de l'orbite.

Mais il n'en est pas ainsi pour certaines affections un peu moins fréquentes. Ainsi les traités de chirurgie et

d'ophtalmologie consacrent à peine quelques lignes au lymphadénome de l'orbite. La rareté des cas, la difficulté de vérifier le diagnostic, lorsqu'on ne peut pratiquer l'examen histologique de la tumeur, sont autant de raisons qui peuvent nous expliquer le peu de développement donné par la plupart des auteurs à cette question.

Dans le courant de l'année 1902, s'est présenté dans le service de M. le Professeur agrégé Rollet, un nouveau cas de lymphadénome de l'orbite; c'est sur les conseils de notre maître que nous avons songé à étudier ce cas particulier, à rassembler toutes les observations qui semblent devoir s'y rapporter et qui étaient éparses dans la science, à présenter enfin sur ce sujet un modeste travail qui nous servit de thèse inaugurale.

Qu'il nous soit permis d'apporter ici l'hommage de notre profonde gratitude à M. le Professeur agrégé Rollet qui nous a donné l'idée première de cette étude et qui a bien voulu nous communiquer une observation inédite.

Nous sommes heureux d'adresser nos remerciements à M. le professeur Poncet pour le grand honneur qu'il nous a fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le professeur agrégé Paviot, qui a eu l'obligeance de faciliter nos recherches en mettant à notre disposition des documents intéressants, a droit à toute notre reconnaissance.

Nous n'avons pas l'intention, dans un travail aussi restreint, de faire une étude complète du lymphadénome : ce sera plutôt une étude clinique que nous essaierons de dégager de la lecture de nos diverses observations,

et nous examinerons plus spécialement les phénomènes qui peuvent se passer du côté de l'organe de la vision lorsqu'une tumeur lymphadénique vient à évoluer dans l'intérieur de la cavité orbitaire.

Les discussions et les hypothèses qui ont pu être faites au sujet de la nature exacte de ces tumeurs, de leur rapport avec la maladie du sang qui leur est le plus souvent concomitante, ne seront qu'effleurées ici; le cadre de notre sujet ne nous permet pas d'aborder ces problèmes délicats sur lesquels l'accord n'est pas encore fait d'une façon absolue et qui présentent encore autant d'inconnu.

Dans un premier chapitre, nous ferons quelques considérations générales sur le terme de lymphadénome et nous passerons en revue les quelques documents historiques qui peuvent se rapporter à notre sujet.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons l'étiologie du lymphadénome de l'orbite, que nous ferons suivre de vues générales sur la pathogénie.

En troisième lieu, les différents examens microscopiques des pièces observées nous permettront de donner un aperçu sur l'anatomie pathologique de cette affection.

Dans le quatrième chapitre, nous donnerons les symptômes du lymphadénome un peu différents suivant la partie de l'orbite occupée par la tumeur. Nous consacrerons un paragraphe au diagnostic et, dans un dernier chapitre, nous nous occuperons du traitement.

Enfin viendront, comme corollaires, les observations où nous avons puisé les données de cette étude.

---

## Considérations générales et Historique

---

Dans son traité d'anatomie pathologique, M. Coyne dit dans le chapitre des néoplasies lymphatiques : « On ne doit pas non plus confondre les lymphadénomes avec l'hypertrophie simple des ganglions, etc., etc. Enfin, certains auteurs ont voulu établir une variété de sarcome lymphadénoïde dans lequel le tissu pathologique serait formé d'un reticulum délicat, renfermant des cellules rondes différentes des cellules lymphatiques par leur volume qui serait le double de ces dernières. Ces tumeurs appartiennent au groupe des sarcomes globo-cellulaires. »

Dans le traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet (1896), Delbet écrit à l'article Lymphadénome à type irrégulier : « Ces lymphadénomes à prédominance cellulaire forment des tumeurs de consistance molle ; ce sont celles-là qui ont été surtout qualifiées de lympho-sarcomes. Dans ce type à prédominance cellulaire il faut distinguer deux sous-variétés, suivant que les cellules sont petites ou grosses.

Dans la première sous-variété, les cellules ne dépassent pas 10  $\mu$ . Elles couvrent le reticulum, d'ailleurs

peu développé, et le masquent complètement sur les points qui n'ont pas été traités au pinceau.

Dans la seconde sous-variété, au contraire, les cellules mesurent de 20 à 23  $\mu$ . Ce sont surtout ces formes qui ont été qualifiées de sarcomes, de lympho-sarcomes, de sarcomes lymphadénoïdes. Tous ces termes ne prêtent qu'à confusion : il faut partir de données conventionnelles peut-être, rationnelles en tout cas, et il faut que ces données soient fixes, sans quoi la nomenclature devient chancelante, ce qui a pour résultat de rendre incompréhensibles les choses les plus simples.

Le reticulum est la caractéristique histologique de l'espèce lymphadénome. Toute tumeur dont le tissu présente un reticulum est donc un lymphadénome et non un sarcome.

Le mot de lympho-sarcome ne prête qu'à confusion puisqu'il peut servir à désigner le sarcome des ganglions et aussi le lymphadénome ganglionnaire malin : il faut donc l'abandonner. Quant à ranger les tumeurs, à reticulum dans les sarcomes, comme le fait Butlin, c'est dénier arbitrairement toute importance au reticulum. Que le tissu adénoïde et le tissu conjonctif embryonnaire appartiennent à la même série, c'est incontestable ; qu'ils soient très voisins l'un de l'autre, c'est possible, et même aussi qu'il existe des formes de transition entre les deux ; mais cependant ils ne sont pas identiques et, cliniquement, les lymphadénomes ont une physionomie spéciale qui ne permet pas de les confondre avec les sarcomes.»

D'autres auteurs ne font aucune différence entre le lymphadénome et le lympho-sarcome, et ce sont peut-être les plus nombreux ; aussi, si nous nous servons

dans le cours de notre travail, du terme lymphadénome, nous ne préjugeons en rien sur la différenciation à établir entre cette tumeur et le lympho-sarcome.

Dans le Traité de Médecine de Charcot et Bouchard, A. Gilbert déclare que des productions lymphadéniques peuvent apparaître un peu partout : dans les ganglions, les différents viscères, les os, les muqueuses, enfin, dans tous les tissus qui renferment et même dans ceux qui ne renferment pas de tissu adénoïde à l'état normal. Nous ne serons donc pas surpris que la localisation lymphadénique se fasse quelquefois au niveau de l'orbite.

Demarquay, dans l'ouvrage remarquable qu'il publia en 1860, sur les tumeurs de l'orbite, ne signale aucun cas de lymphadénome.

En 1866, Förster, dans le *Klin. Monatsblätter*, publie une observation de tumeurs symétriques des orbites qui, à cause de leur analogie avec les cas observés dans la suite, ont été prises pour des lymphadénomes. Mais la regression de ces tumeurs sous l'influence de l'iodure, nous la fera rejeter comme étant sous la dépendance probable d'une infection syphilitique.

Le premier cas mentionné dans la science est probablement celui de Arnold et d'O. Becker, publié dans les *Archiv für Ophtalmologie* de 1872. Cette double tumeur symétrique avait été prise pour une hypertrophie des glandes lacrymales ; mais après l'ablation, quand on pratiqua l'examen histologique de cette pièce, on vit que l'on avait affaire à une tumeur formée de gros amas d'éléments lymphoïdes emprisonnés dans un reticulum, à un lymphadénome, par conséquent.

Deux années plus tard, Gallasch signale chez un enfant atteint de leucémie, une tumeur orbitaire qui a les caractères d'un lymphadénome. Puis, nous trouvons le cas de Leber, en 1878, qui nous donne la description de deux tumeurs symétriques, développées chez un individu qui présenta, peu de temps après, tous les symptômes de la leucocythémie.

Entre temps, Chauvel avait, dans la Gazette hebdomadaire, raconté longuement l'histoire d'un malade qui succomba par cachexie leucémique, à la suite d'un lymphome palpébral qui s'étendit à tout un côté de la face.

En 1881, Osterwald publie un long mémoire sur un nouveau cas observé à la clinique de Göttingue. L'autopsie fut faite d'une façon très soignée et l'examen des tumeurs montra bien qu'il s'agissait là encore d'une lymphadénie orbitaire.

Après l'observation de Reymond, M. le Professeur Gayet ayant eu l'occasion d'avoir dans son service un malade atteint de cette rare affection de l'orbite, fait dans les Archives d'Ophthalmologie de 1886, une étude où il note la fréquence de la duplicité des tumeurs de l'orbite lorsque celles-ci sont de nature lymphatique.

Un certain nombre d'observations qui avaient certaines analogies avec ces dernières, ont été publiées, mais elles n'ont pas un degré suffisant de certitude pour qu'on puisse les rapporter. Nous n'avons l'intention de retenir que les cas certains de lymphadénomes.

Delens fait connaître, la même année, un autre cas que la publication de M. Gayet lui avait remis en mémoire. Fait particulier : son malade guérit à la suite d'une attaque de choléra.

Au congrès de Heidelberg, en 1889, Bernheimer fit une communication sur un nouveau cas survenu chez un homme de 40 ans. L'extirpation faite, l'examen microscopique confirma le diagnostic.

En Italie, Guaita observe un lymphome diffus de la conjonctive. Puis, ce sont les observations plus récentes d'Axenfeld (1891), qui rapproche de son cas trois autres observations que nous éliminerons, Westhoff (1893), Panas (1893), Boerma (1894), Vennemann (1898), et Hochheim (1900).

Enfin, l'observation de M. le Professeur agrégé Rollet, est la dernière que nous ayons pu recueillir dans la littérature médicale. Son malade a ceci de particulier : c'est que la tumeur dont il était porteur n'occupait qu'une seule cavité orbitaire, alors que dans toutes les autres observations le lymphadénome était bilatéral.

---

## Etiologie et Pathogénie

---

Le lymphadénome de l'orbite est une affection rare. Alors que les autres tumeurs de l'orbite sont relativement assez fréquentes, nous voyons que le lymphadénome est à peine mentionné dans les traités spéciaux.

Au point de vue de l'âge, il est à remarquer que la plupart des malades sont d'un âge assez avancé. Les enfants sont atteints plus rarement. Dans les observations de Gallasch et d'Osterwald (obs. III et VI), il s'agit d'enfants ayant 4 ans et 4 ans  $1/2$ . En revanche, c'est de 40 à 60 ans qu'on note l'apparition de la tumeur. Elle apparaît quelquefois beaucoup plus tard : témoins les cas de Gayet, Hochheim (70 ans), (obs. VIII et XVIII).

Les hommes y semblent beaucoup plus prédisposés que les femmes : ainsi, sur seize observations, nous notons que trois femmes seulement ont été atteintes.

Pour ce qui est de la profession, il nous a paru que ce sont, d'ordinaire, les gens du peuple, ou tout au moins du bas des classes moyennes qui ont présenté cette affection.

Rien à dire de l'hérédité dont l'influence paraît nulle ou tout au moins bien vague. La plupart du temps l'élé-

ment héréditaire n'a pas été noté et il est impossible d'en dire quoi que ce soit.

Les antécédents personnels ne donnent pas de renseignements beaucoup plus précis. Ce sont quelquefois des individus maladifs, lymphatiques, prédisposés à l'anémie, qui plus tard sont atteints de lymphadénome de l'orbite (cas d'Axenfeld, obs. XII).

La syphilis, la tuberculose ne paraissent pas être des facteurs étiologiques dont l'importance soit bien établie. Nous éliminons, bien entendu, les cas de tumeurs de l'orbite qui paraissent exclusivement liés à l'affection syphilitique et peuvent disparaître par le traitement spécifique. La bilatéralité de l'affection, le défaut d'examen de la tumeur par suite de sa régression, nous autorisent à penser qu'il ne s'agit pas de tumeurs lymphomateuses.

Comment se forment ces tumeurs ? La pathogénie n'en est pas encore élucidée. Deux théories sont en présence, celle qui assimile le lymphadénome à un néoplasme, l'autre qui prétend en faire une maladie infectieuse. Delbet s'est fait le défenseur de cette dernière et dans la thèse qu'il soutient prend pour type la lymphadénie ganglionnaire. Il allègue en sa faveur des arguments qu'il classe en trois groupes : des arguments rationnels, anatomiques, bactériologiques.

Parmi les arguments rationnels, il cite des alternatives d'augmentation et de diminution qui sont loin du génie des néoplasmes malins.

Il se demande si on voit un néoplasme malin envahir d'une manière exclusive, élective un seul système anatomique, comme il arrive dans la lymphadénie.

Le début de l'hypertrophie coïncide avec des lésions des muqueuses, séreuses, etc.

Il peut se produire des élévations de température qui accompagnent les poussées ganglionnaires.

Enfin la cachexie terminale, ne ressemble en rien à celle du cancer.

Parmi ses autres arguments, il en est un sur lequel il s'appuie pour gagner sa cause : c'est la reproduction expérimentale de la lymphadénie chez le chien par l'inoculation de bacilles trouvés dans la rate de malades atteints de lymphadénome généralisé.

Toutefois malgré les nombreuses recherches récentes, l'origine infectieuse de toutes les tumeurs lymphadéniques n'est pas encore prouvée d'une façon indiscutable.

Peut-être le lymphadénome a-t-il des origines multiples, peut-être y a-t-il des lymphadénies multiples et non une lymphadénie unique. C'est là une question encore insoluble.

Impuissant à éclairer la confusion qui règne sur ces différentes questions, nous ne nous y attarderons pas plus longuement ; ayant en vue surtout la description clinique de l'affection.

---

## Anatomie Pathologique

---

L'orbite est une cavité destinée à recevoir et à protéger l'œil ; c'est une pyramide quadrangulaire légèrement renflée à sa partie moyenne, dont la base est coupée par un plan oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors. Limitée en haut par le frontal et la petite aile du sphénoïde, en bas, par le maxillaire supérieur, en dedans par l'os planum de l'ethmoïde, l'os unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur, en dehors par la grande aile du sphénoïde et l'os malaire, la cavité orbitaire offre à son sommet le trou optique par où s'engagent le nerf optique et l'artère ophtalmique et sur ses angles externes supérieur et inférieur voisines du trou optique, les fentes sphénoïdale (communiquant avec la boîte crânienne) et sphéno-maxillaire séparée de la fosse zygomatique par le périoste orbitaire. Elle est revêtue par une lame fibreuse qui n'est autre chose que le périoste des os qui s'unissent pour la former.

Nous distinguerons dans l'orbite deux loges bien distinctes : la loge postérieure et la loge antérieure, séparées l'une de l'autre par une aponévrose, lâche au milieu et

résistante sur ses bords, l'aponévrose de Tenon, concave en avant et dont les points d'attache viennent solidement se fixer sur le pourtour de la base de l'orbite.

Dans la loge postérieure, l'on voit un coussinet épais de tissu cellulo-graisseux, au milieu duquel plongent les muscles et les nerfs de l'œil. Dans la loge antérieure, glissant sur l'aponévrose de Tenon, au moyen d'un tissu cellulaire très lâche, peut-être d'une synoviale, se trouve le globe oculaire, avec les points d'insertion de ses muscles qui ont traversé l'aponévrose de Tenon pour venir prendre leur attache antérieure sur la sclérotique.

A l'angle supérieur et externe de l'orbite, dans un doublement du périoste orbitaire, est logée la glande lacrymale orbitaire qui, par plusieurs conduits, où s'aboutissent encore les canaux excréteurs de la glande lacrymale accessoire, vient déverser les larmes dans le cul de sac conjonctival supérieur. Deux voiles membraneux mobiles, les paupières supérieure et inférieure, étendent, par leurs mouvements rythmés, les larmes à la surface de l'œil. Enfin, deux points lacrymaux, vers la région interne de l'orbite, puisent les larmes dans les culs de sac conjonctivaux et, par les conduits lacrymaux, les amènent dans le sac lacrymal qui occupe la région interne de la base de l'orbite et de là, dans le canal nasal.

Tel est, largement esquissé, l'ensemble de l'appareil périphérique de la vision et de ses annexes; c'est là, dans ces différentes parties, que nous trouvons le point de départ du lymphadénome de l'orbite.

Certains lymphadénomes naissent dans la loge postérieure de l'orbite, en arrière de l'aponévrose de Tenon : ce sont les lymphadénomes qui paraissent venir du périoste

orbitaire, ceux qui se développent dans les graisses de l'orbite, (cas de Gayet, obs. VIII) et dans le tissu conjonctif. D'autres prennent naissance dans la loge antérieure et au niveau de la conjonctive (cas de Guaita, obs. XI).

Enfin, très fréquemment, c'est la région de la glande lacrymale qui semble être atteinte la première et bon nombre d'observations signalent ces tumeurs lymphadéniques comme siégeant primitivement au niveau de la glande (cas de Rollet, obs. I, etc.).

Plus rarement, il y a dans l'orbite une infiltration massive de toutes les parties du contenu orbitaire (membranes de l'œil, etc.). (Obs. d'Osterwald, VI). Ce n'est pas alors à proprement parler un lymphôme simple, mais plutôt une tumeur leucémique, et dans ce cas c'est la leucémie qui a précédé la formation de la tumeur. Les auteurs pensent alors que celle-ci serait due à l'entassement des leucocytes néoformés dans la rate ou les ganglions et transportés dans les orbites par le courant sanguin (obs. XVI, de Rosa Kerschbaumer.).

Le lymphadénome de la loge postérieure a de la tendance, par son développement, à repousser l'œil en dehors de l'orbite ; il envahit dans certains cas les muscles ; et la plus grande partie du tissu connectif et de la graisse orbitaire est remplacée par la tumeur. Elle n'a pas de tendance à envahir les cavités voisines : fosse zygomatique, fosses nasales, sinus maxillaire. Dans le cas d'Osterwald où l'on trouva des tumeurs analogues du côté de la dure-mère et du crâne, on ne peut dire qu'elles étaient en connexion avec la tumeur orbitaire. C'étaient bien plutôt des métastases dues à la généralisation de l'affection. Lorsque le lymphadénome siége au devant de l'aponévrose

de Tenon, il tend à effacer le sillon orbito-palpébral et amène une tuméfaction intense des paupières avec ptosis. La conjonctive peut s'ulcérer et être le siège d'hémorragies (obs. XI, de Guaita).

On a signalé deux cas de lymphadénome de la conjonctive bulbaire. (Gorecki et Du Castel).

Quand c'est la glande qui est atteinte, la tumeur projette le globe oculaire, en bas et en dedans, et soulève fortement la paupière supérieure. On peut observer l'ulcération et l'écoulement d'un liquide ichoreux et fétide (obs. de Rollet, I).

Le volume de ces différentes tumeurs est très variable et dépend de l'époque de leur apparition. Dans certains cas, elles atteignent le volume d'un œuf de pigeon, d'une mandarine. Quelquefois, elles arrivent même à remplir toute la loge orbitaire, en comprimant les organes qui y sont contenus. Elles viennent faire saillie sous la peau des paupières et empêchent celles-ci de remplir leur rôle physiologique ; d'où altérations possibles de la cornée (cas d'Osterwald, obs. VI).

Elles affectent la forme d'une masse qui se serait moulée, dans la cavité orbitaire ; leur sommet est donc dirigé du côté du trou optique, tandis que la base de la tumeur est située au niveau du pourtour de l'orbite. Ses adhérences peuvent réunir la tumeur au périoste orbitaire alors qu'elle respecte la capsule de Tenon, et le globe oculaire dans la plupart des cas.

Si l'on examine la structure de ces tumeurs, on voit sur une coupé que la surface en est assez uniforme. Il y a, cependant, çà et là, des traînées conjonctives qui la parcourent. Les limites de la néo-formation sont nettement visibles.

Après avoir plongé les fragments de la tumeur dans le liquide de Müller, et les avoir colorés au picro-carmin ou à l'hématoxyline, on constate à l'examen microscopique, la présence d'une quantité innombrable de petites cellules rondes accumulées les unes contre les autres, et qui ont tous les caractères des cellules lymphatiques. Leur noyau, rond, relativement gros, est entouré d'un manteau protoplasmique très mince, et a une affinité prononcée pour les réactifs colorants des noyaux.

Après coloration à l'hématoxyline, ce noyau apparaît homogène et très coloré. Il y a peu d'autres formes cellulaires, çà et là, quelques cellules sont un peu plus allongées et s'adaptent aux travées formées par un fin réticulum de faisceaux conjonctifs : les mailles de ce stroma sont tout à fait caractéristiques et délimitent des travées contenant, quelquefois, un petit nombre de cellules, d'autres fois, un nombre beaucoup plus grand. Cette trame offre, en certains endroits, des traînées un peu plus fermes qui s'infléchissent pour recevoir les cellules. On voit que ce réticulum est semblable à celui des ganglions lymphatiques. Dans ces productions néoplasiques, on trouve des vaisseaux clairsemés. Dans la zone de transition, entre le tissu pathologique et le tissu normal, on trouverait des cellules qui présentent un processus de multiplication.

Presque tout le tissu graisseux de l'orbite est remplacé par le tissu lymphoïde ; quelques cellules adipeuses sont cependant libres dans la masse et à la limite de la tumeur, on voit des poussées de cellules qui pénètrent dans le pannicule graisseux. Elles forment des rayons qui divergent et se terminent dans le tissu sain en forme de dômes.

Au niveau des muscles de l'œil, on trouve qu'ils ont été envahis par la tumeur. Les fibres musculaires sont dissociées et isolées. La substance conjonctive est envahie par le tissu lymphoïde qui comprime le tissu contractile; en certains endroits, ce dernier est complètement désorganisé. Les nerfs ne sont pas épargnés et l'on voit que leur gaine et le tissu conjonctif qui les divise, sont infiltrés par ces éléments du tissu de néo-formation.

Ils peuvent être le siège de névrite interstitielle et présentent, en certain cas, un processus d'inflammation névritique et péri-névritique que l'on pourrait mettre sur le compte de la dyscrasie leucémique.

Enfin, les vaisseaux présentent des parois bourrées de cellules lymphatiques; l'adventice des veines est remplacée par ce tissu lymphoïde, celle des artères est englobée moins complètement. Les vaisseaux, compris dans la tumeur, ont leur lumière très rétrécie et, quelquefois même, presque oblitérée.

Lorsque l'œil est envahi, on voit, dans ses diverses parties, un certain nombre d'altérations. La papille est tuméfiée et les couches de la rétine sont séparées du bord de la papille. Le tissu conjonctif, situé entre les faisceaux du nerf optique et de la papille, est très développé.

Les capillaires y sont extraordinairement multipliés et dans toute la papille se trouve une infiltration de cellules rondes disposées en masses autour des hémorragies. Les hémorragies, elles-mêmes, sont faiblement colorées en rouge et contiennent peu d'hématies.

Les filets nerveux groupés dans la papille se montrent comme sclérosés. Les plus gros vaisseaux ont leur lumière libre, mais l'adventice des petites artères est

infiltrée de cellules rondes. Le tissu conjonctif de la rétine est ainsi bourré de corpuscules lymphatiques et est le siège de petites hémorragies.

La choroïde est infiltrée dans toute son épaisseur. Enfin, dans les glandes lacrymales, la lésion intéresse surtout le tissu conjonctif qui est complètement envahi par ces éléments lymphoïdes arrondis alors que les lobules glandulaires sont, relativement, bien conservés.

---

## Symptomatologie

---

*Début.* — Le début est généralement lent et insidieux ; nous ne voyons mentionnée nulle part de période prodromique caractérisée par des douleurs péri-orbitaires ou rétro-oculaires irradiées dans le côté correspondant de la tête. L'affection a débuté, tantôt par une déviation du globe de l'œil, tantôt par sa propulsion, tantôt enfin par une saillie anormale des paupières ou de leurs commissures.

C'est que la tumeur est alors constituée et se manifeste par des signes physiques et des troubles fonctionnels que nous allons décrire en détail, en insistant sur les points qui nous paraissent le plus en rapport avec l'affection spéciale qui nous occupe.

A la période d'état et lorsque la tumeur s'est développée dans le fond de l'orbite ou sur ses parois, l'exorbitisme est un des symptômes physiques qui attirent le plus l'attention.

*Exophtalmie.* — Dans la plupart des observations, la propulsion de l'œil est, comme nous l'avons dit, le signe clinique le plus frappant. Elle ne manque que quand les productions morbides, en même temps que très petites,

sont situées en avant du globe de l'œil (lymphadénome développé primitivement dans les paupières (Chauvel, obs. IV).

Tout d'abord, cet exorbitisme ne sera pas confondu avec l'hydrophthalmie, qui est due à la distension même du globe de l'œil. Celle-ci s'accompagne nécessairement d'un déplacement en avant du pôle antérieur du bulbe. Mais si l'on pratique un examen plus sérieux, aucune confusion ne pourra être faite, étant donnés l'accroissement du volume de l'œil, la distension et l'amincissement de la sclérotique qui devient bleuâtre, la production de la myopie due à l'allongement de l'axe antéro-postérieur et les violentes douleurs ciliaires.

Un bon signe de la propulsion oculaire, c'est la situation de la cornée. Le malade étant placé de profil, on examine le sommet de la cornée. S'il est en avant du plan passant par le rebord externe de l'orbite, il est à peu près certain que l'on a affaire à une exophtalmie réelle.

Naturellement, plus la tumeur est volumineuse, plus la propulsion est accusée. D'après Berlin, elle est relativement moindre pour une tumeur de volume égal, lorsque celle-ci siège à la partie postérieure de l'orbite, car il se fait avant qu'il y ait propulsion, une résorption du tissu cellulo-graisseux assez abondant à ce niveau (Chauvel).

Ceci se voit bien chez les jeunes sujets auxquels on enlève un œil staphylomateux.

Si l'on examine la réductibilité de la tumeur, on voit qu'en la comprimant, il est impossible de la faire diminuer de volume. Au contraire, la pression à son niveau ne fait que produire l'exagération de l'exorbitisme.

Le sens du déplacement oculaire est commandé par le siège de la tumeur. Qu'elle siège au niveau de la glande lacrymale ou dans son voisinage (obs. I, II, III, V, VI, VII, etc.), en un mot dans la partie supéro-externe de l'orbite, le globe oculaire sera constamment refoulé en bas et en dedans.

Qu'elle siège au contraire dans le tissu cellulaire rétro-bulbaire ou dans l'intérieur du cône musculaire des droits et le globe sera refoulé directement en avant dans la direction même de l'axe (Gayet, obs. VIII).

L'exophtalmie est-elle latérale? La tumeur siège alors sur la paroi opposée. Le globe oculaire peut alors subir une rotation sur son axe antéro-postérieur.

Si nous examinons maintenant le moment auquel apparaît l'exophtalmie dans l'évolution du lymphadénome de l'orbite, nous voyons que le début de l'affection ne coïncide pas avec elle. Il faut que la tumeur ait acquis un certain volume pour qu'elle se traduise par de la propulsion oculaire. Jusqu'à ce moment le malade ne s'est aperçu de rien.

La conséquence de cette exophtalmie c'est d'abord la difformité du malade, ensuite le danger que court l'œil quand la cornée est dépourvue de sa protection naturelle et se trouve exposée à l'action de tous les agents extérieurs. Nous examinerons plus tard quelles sont ces différentes lésions.

Une autre conséquence de l'exorbitisme, c'est la limitation des mouvements de l'œil, qu'elle soit produite par la présence de la tumeur qui ne permet plus aux différents muscles d'agir avec toute leur efficacité par suite de l'allongement qu'ils ont subi, ou bien que ces

muscles eux-mêmes aient été envahis par la néoplasie. Ces deux causes peuvent même s'associer et la perte des mouvements ou tout au moins leur diminution peut résulter d'une participation du muscle à l'altération morbide et de la distension exagérée des fibres musculaires (obs. de Gayet). Toutefois si elle est liée à un exorbitisme peu prononcé elle peut plaider en faveur d'une tumeur maligne, alors que la conservation des mouvements quand il y a une exophtalmie très notable doit faire penser plutôt, d'après de Græfe, à une tumeur bénigne.

Nous avons vu que, dans tous les cas où la tumeur siège dans la région de la glande lacrymale, les mouvements sont limités en haut et en dehors, par suite de l'obstacle mécanique que crée sa présence.

*Douleurs.* — Très variables comme fréquence et surtout comme intensité, elles peuvent le plus souvent manquer complètement. Chez le plus grand nombre de malades, la tumeur, bien qu'ayant atteint des proportions considérables, ne déterminait pas de douleur. Chez le malade de Chauvel, l'affection qui ne datait que de deux mois s'accompagnait de vives douleurs.

Elles dépendent surtout de l'envahissement des nerfs par la tumeur, plutôt que de la compression qu'elle exerce sur le globe oculaire ; on n'a jamais, en effet, trouvé un excès de tension intra-oculaire.

Mais lorsque, par suite de la projection, la cornée devient le siège d'ulcérations, elles se traduisent par des douleurs plus ou moins violentes.

Quand le lymphadénome siège au niveau des paupières, les douleurs sont plus fréquentes, car il se produit alors des ulcérations et des hémorrhagies.

En résumé, le lymphadénome peut se développer sans douleurs notables ; il n'y a d'ordinaire qu'une simple sensation de pesanteur et de gêne du côté des orbites.

BILATÉRALITÉ DE LA TUMEUR. — Dans toutes les observations nous notons comme un des caractères particuliers du lymphadénome orbitaire, la bilatéralité de la tumeur. Le cas observé par M. le professeur Rollet, est très intéressant, car il nous donne la preuve que la tumeur peut-être unilatérale et montre que l'hypothèse qui s'était imposée à l'esprit des ophtalmologistes : celle d'établir une relation entre la duplicité symétrique de certaines tumeurs de l'orbite et leur nature lymphatique, ne peut pas acquérir la valeur d'une loi.

Nous avons retenu aussi l'observation de Chauvel bien, que ce soit plutôt un lymphadénome de la face que de l'orbite, parce que cette tumeur qui a pris naissance dans la paupière supérieure gauche, n'a atteint qu'un seul côté de la face ; elle est donc susceptible d'être comparée à l'observation de M. Rollet.

S'il existe incontestablement des lymphadénomes de l'orbite qui siègent dans une seule cavité orbitaire ; il y a de même des tumeurs bilatérales et symétriques des orbites qui ne sont pas des lymphadénomes, le sarcome par exemple (Berlin). On peut donc dire que la bilatéralité n'est pas un caractère constant des tumeurs lymphomateuses et qu'il n'est pas pathognomonique. Ceci nous permet de rapprocher le lymphadénome de l'orbite, de celui du testicule, Monod et Terrillon, font remarquer, que, contrairement aux autres tumeurs, le lymph-

dénome atteint souvent les deux testicules : Sept fois sur neuf observations, cette circonstance a été notée. On voit donc que là aussi si le fait n'est pas constant il mérite d'être signalé.

TROUBLES CIRCULATOIRES. — Dans le lymphadénome on n'observe pas de pulsations, soit par l'inspection, soit par le toucher. On ne voit des troubles de la circulation que lorsque la tumeur a acquis déjà un volume considérable. Ceux-ci sont mentionnés dans toutes les observations. Les principaux troubles circulatoires sont visibles surtout au niveau des paupières : engorgement et dilatation des veines orbitaires, œdème des paupières, coloration violacée de ces voiles membraneux ; dilatation et sinuosités des réseaux veineux sous-cutanés et des veines conjonctivales.

A l'ophthalmoscope on voit des troubles des vaisseaux rétiniens ; ils sont dilatés et ont donné lieu à des hémorragies multiples du côté de la membrane rétinienne (obs. d'Osterwald, VI).

TROUBLES DE LA VISION. — *Réfraction statique.* — Les troubles de la réfraction comprennent les myopies et les hypermétropies acquises. La compression exercée par la tumeur siégeant sur les côtés du bulbe vers son équateur, doit produire un allongement de l'axe antéro-postérieur et produire un certain degré de myopie. C'est ce qui arrive dans tous les cas où la glande lacrymale a été le point de départ du lymphadénome.

Au contraire, la compression exercée par le lymphadénome de la partie postérieure de l'orbite pourrait produire l'hypermétropie par diminution de l'axe antéro-

postérieur du globe ; mais ceci s'observe rarement. L'astigmatisme est signalé chez le malade de Boerma (obs. XV). Le strabisme convergent est noté dans l'observation de Arnold et Becker (obs. II). Il est dû à la parésie du muscle droit externe, produite par la présence à son niveau de la tumeur.

Les troubles de l'accommodation sont d'une fréquence très variable. Dans beaucoup de cas on note que les pupilles sont normales et réagissent bien. On peut donc penser à l'intégrité du ganglion ophtalmique et des filets qui en émanent.

L'appareil nerveux sensoriel, lorsque le lymphadénome n'a pas atteint les couches rétiniennes ou le nerf optique, ne présente rien de particulier. Pas de scotomes, sauf dans l'observation de Chauvel, pas de phosphènes. Mais on note très souvent une diminution assez notable de l'acuité visuelle.

L'hémiopie n'a pas été observée, car la tumeur ne comprime pas le nerf en un point limité comme une tumeur osseuse ; elle l'entoure et lui forme une gaine.

L'amaurose et l'amblyopie qui supposent une altération plus grave des conducteurs sensoriels, sont très rares (obs. de Gallasch). La réduction du champ visuel débutterait par des troubles dans la vision des couleurs, troubles qui n'ont pas été recherchés. Cependant, il est des lymphadénomes très volumineux, qui n'altèrent que très peu la forme et la consistance de l'œil et qui restent indépendants de l'organe dont les fonctions sont en grande partie conservées.

*Troubles de sécrétion.* — L'épiphora, le catarrhe des voies lacrymales ; l'inflammation et la suppuration de la

conjonctive et de la cornée que l'on note dans les lymphadénomes de l'orbite, sont des phénomènes secondaires qui ont d'autant plus d'intensité que l'affection s'est propagée à la conjonctive ou aux glandes lacrymales.

Certains de ces troubles sont dus à l'exposition constante du globe oculaire, à l'action des agents extérieurs. Les paupières ne peuvent plus, en effet, remplir leur rôle protecteur par suite de la propulsion du globe.

*Examen ophtalmoscopique.* — Au début de la maladie, cet examen n'est pas pratiqué, car les malades n'entrent à l'hôpital que lorsque les lésions sont déjà avancées. On observe, plus tard, une stase papillaire peu marquée. La papille a des limites peu précises. Les veines y sont dilatées et tortueuses. On note très souvent des hémorragies rétinienne punctiformes.

Naturellement, avec le développement de ces lésions la vision diminue graduellement.

Chez certains malades, on voit, en même temps, les lésions qui caractérisent la rétinite leucémique et que nous n'avons pas à décrire ici.

*Etat général.* — Le lymphadénome de l'orbite pouvant être un phénomène initial, reste quelquefois localisé à cette région. Mais dans la plupart des cas, il existe une série d'autres manifestations lymphadéniques, et la tumeur de l'orbite n'est qu'une localisation particulière de l'affection. A-t-elle précédé les autres formations multiples de tumeurs? A-t-elle apparu en même temps que les autres? il est difficile de le dire, lorsque le malade est à cette période avancée de sa maladie.

En tout cas, un certain nombre d'observations nous

montre que, la plupart du temps, le processus a envahi les groupes ganglionnaires du cou, des aisselles, des aines, le cerveau, les os (obs. II, V, VI, IX, XII). Lorsque les lymphadénome se complique de leucémie, ce qui arrive le plus souvent, l'état général s'altère profondément et le malade se cachectise : perte des forces, essoufflement au moindre effort, anorexie, souffles vasculaires, pâleur, amaigrissement progressif ; tels sont les divers symptômes observés, qui sont d'ailleurs tous ceux de la leucémie.

Donc, en résumé, il peut y avoir des lymphadénies orbitaires plutôt bénignes et qui paraissent être d'origine infectieuse (cas de Delens, de Panas, obs. VIII et IX) et une variété grave et mortelle de lymphome double des orbites, liée d'une façon certaine à la leucocythémie vraie.

---

## Diagnostic

---

En présence d'un malade atteint d'exophtalmie, il se pose plusieurs questions dont la solution permet de déterminer le plus souvent le diagnostic. Il y a certaines règles générales qui doivent être suivies lorsqu'on se trouve devant une tumeur de l'orbite.

Tout d'abord, y a-t-il une véritable exophtalmie?

Nous avons insisté suffisamment sur les signes de l'exorbitisme : la saillie du globe oculaire, son déplacement, la perte de sa mobilité, pour ne pas y revenir ici. Un phlegmon de l'œil, une ophtalmie blennorrhagique, ne sauraient être confondus avec l'ophtalmie vraie (Terson).

L'exophtalmie, au début, doit être recherchée avec soin. On ne la confondra pas avec l'exophtalmie de la maladie de Basedow ; la recherche des autres symptômes : goître, tachycardie, tremblement, fera vite rejeter cette hypothèse.

Lorsque l'exophtalmie est indiscutable, on doit examiner soigneusement en quel point de l'orbite paraît siéger la tumeur qui la produit ; on notera si cette der-

nière est uni ou bilatérale, si elle est animée de battements, si elle est réductible ou non ; on fera l'étude clinique complète de l'état fonctionnel de l'œil et des phénomènes concomitants du côté du système nerveux, des vaisseaux, etc.

Du côté des troubles subjectifs il faudra noter l'état de la réfraction, les douleurs qui ont pu survenir dans le courant de l'affection, etc.

Pour ce qui est des troubles objectifs, on examinera en premier lieu la consistance de la tumeur, on passera en revue l'état de la conjonctive (chémosis, ecchymoses), les fonctions des muscles pour savoir si la gêne des mouvements de l'œil provient, soit d'une parésie musculaire, soit du gonflement inflammatoire ou néoplasique qui repousse l'œil et l'enchasse, on examinera la sensibilité de la cornée pour savoir quel est l'état du trijumeau ; l'état de la pupille (inégalité, mydriase, myosis).

Enfin, on pratiquera un rigoureux examen ophtalmoscopique qui permettra de constater tantôt un état œdémateux de la papille dû à la compression du nerf, tantôt des hémorrhagies dans la rétine et même dans le corps vitré, tantôt une atrophie blanche du nerf optique. On passe ensuite en revue, au point de vue fonctionnel et des altérations organiques, les fosses nasales et surtout leurs dépendances périorbitaires (sinus frontal, sinus maxillaire, sinus sphénoïdal), la cavité buccale et les oreilles (Terson).

Le traumatisme est une cause d'erreur que l'on peut éliminer dès le début. Dans ce cas, le récit du malade nous fixerait sur la possibilité d'un hénatome de l'orbite ou d'une thrombose de la veine ophtalmique. Les efforts,

l'action de se moucher, ont pu déterminer des exophtalmies traumatiques emphysémateuses : par pénétration de l'air dans une fissure du sac lacrymal donnant dans l'orbite.

Il faut déterminer si l'exophtalmie appartient à une affection inflammatoire. Alors on pourrait avoir affaire à un phlegmon de l'orbite, à une phlébite, à un empyème des sinus péri-orbitaires, à une tenonite. Mais ces différentes affections se caractérisent par des signes locaux et généraux qui permettent d'arriver au diagnostic.

Ces éliminations successives étant faites, on arrive au diagnostic de tumeur de l'orbite existant en dehors du globe oculaire et appartenant soit aux parties molles, soit aux parties osseuses. Et c'est alors qu'on doit essayer de savoir si c'est une tumeur bénigne ou maligne.

En général, avec une exophtalmie peu prononcée, s'il existe des troubles notables : gênes dans les mouvements oculaires, douleurs, on peut croire qu'il s'agit d'une tumeur maligne. Au contraire, si malgré l'existence d'un exorbitisme marqué, il y a une conservation relative des mouvements oculaires, cela plaide en faveur d'une tumeur bénigne d'après de Groefe et Abadie.

Mais ces affirmations sont bien vagues et ne tranchent nullement la nature des tumeurs orbitaires. Warton Jones faisait ces affirmations il y a 40 ans et personne n'a partagé ses idées (*Revue de Chirurgie*, tome XII, page 53, 1892).

Les douleurs ont aussi leur importance : nous avons vu cependant qu'on peut ou non en trouver dans le lymphadénome. Les sarcomes et les carcinomes de l'orbite ne sont jamais indolents, lorsqu'ils ont atteint un développement quelque peu considérable.

La rapidité de l'évolution de la tumeur est en faveur d'une tumeur maligne. Nous avons vu que d'ordinaire la tumeur évoluait en l'espace de 2 ou 3 ans. Elle peut cependant présenter des alternatives d'accroissement et de régression que l'on n'observe pas dans les autres cas de tumeurs orbitaires (obs. Gayet, Rollet).

Au début, quand la tumeur apparaît à l'extérieur, à travers les paupières qu'elle vient soulever, le diagnostic doit se baser surtout sur la consistance de la production morbide. L'absence de consistance osseuse fait tout de suite abandonner l'idée de tumeurs constituées par du tissu osseux (périostose, exostose) et, d'autre part, l'absence de battements, de souffle, de réductibilité ne permet pas de penser aux tumeurs pulsatiles, anévrismes ou tumeurs malignes. Restent donc les tumeurs à consistance élastique, molle, non pulsatiles et irréductibles.

Parmi celles-ci, l'angiome simple sera facilement reconnu par son point de départ palpébral et l'augmentation de son volume pendant les efforts. De même, le développement initial de la tumeur sur les paupières fait reconnaître certains kystes sébacés des glandes sudoripares. La congénitalité de certains kystes et leur siège au niveau des angles interne ou externe de l'orbite, les fera également rejeter. Il en sera de même des encéphalocèles, tumeurs congénitales de l'angle interne de l'orbite, le plus souvent bilatérales, et s'accompagnant d'autres déformations des os du crâne.

S'agit-il de distinguer du lymphadénome un kyste séreux ou hydatique? Le diagnostic est facile, malgré les douleurs fréquentes des kystes et leur consistance. La ponction exploratrice est indiquée dans ce cas; et la dis-

parition de la tumeur après écoulement de liquide, l'examen microscopique de ce dernier, montreront quelle est la nature de la tumeur. Lorsque la ponction capillaire ne donne rien, étant donné la consistance de la tumeur, on ne peut songer surtout qu'à un lipome, à un carcinome ou à un sarcome. Or, le lipome est une tumeur très rare dans l'orbite, indolente et se développant très lentement sans altérer la santé. C'est une masse lobulée, contrairement au lymphadénome.

Le carcinome se caractérise par des douleurs plus vives, une marche plus rapide, l'ulcération précoce de la peau qui recouvre la tumeur, la fréquence de l'adénopathie ceryicale. De plus, le carcinome de l'orbite est presque toujours secondaire ou bien propagé le plus souvent des paupières ou bien est une manifestation métastatique d'un cancer existant ailleurs : estomac, foie, pancréas, utérus, etc., etc. (Panas).

La consistance élastique du lymphadénome pourrait aussi faire croire à un fibrome, à un enchondrome ou à un squirrhe. Mais l'indolence, la lenteur du développement du fibrome, et son extrême rareté le différencieraient suffisamment du lymphadénome. Ces caractères s'appliquent également à l'enchondrome qui possède, en outre, une consistance cartilagineuse spéciale.

Enfin, le squirrhe de l'orbite est une véritable curiosité pathologique et n'offre aucun intérêt au point de vue du diagnostic. De même pour l'épithéliome qui, par son adhérence à la peau, l'ulcération qu'il produit n'en imposera pas longtemps pour un lymphadénome. Le diagnostic différentiel entre le sarcome et le lymphadénome est le plus embarrassant. Il sera très difficile, pour

ne pas dire impossible. Les anciens auteurs ont signalé une forme particulière de sarcome qui, par un grand nombre de caractères, se rapprochait du lymphadénome : je veux parler du chloroma ou cancer vert d'Aran. Ce serait un sarcome périostique qui a une tendance extrême à se généraliser et à faire des métastases dans les divers organes. Au point de vue anatomo-pathologique, il est formé de cellules rondes, ayant beaucoup d'analogie avec celles du lymphadénome. Mais ce qui caractérise ces tumeurs, c'est une coloration particulière « vert pois » que l'on observe dans tous les organes atteints. Cette coloration est passagère et disparaît au bout de quelques heures.

Au point de vue clinique, ce cancer vert s'observe surtout chez les jeunes sujets : presque toutes les observations de cette affection concernent de jeunes enfants de 5 à 10 ans. Les symptômes cardinaux sont : l'exophtalmie qui est toujours bilatérale et produite par des tumeurs orbitaires, la cécité, la surdité et l'apparition de tumeurs temporales. Les productions métastatiques sont ici très fréquentes. Le rein, le foie et la rate, le poumon, la plèvre sont les organes les plus souvent atteints. Les altérations du pancréas ou des appareils gastro-intestinal et génito-urinaire sont plus exceptionnelles. Enfin, il y a intégrité presque constante du système nerveux (encéphale et nerfs). De plus, la marche de l'affection est extrêmement rapide ; sa durée, en effet, ayant toujours varié entre un minimum de quelques semaines et un maximum de sept mois, ce qui indique une affection maligne au premier chef,

On a rapproché, dans le courant de ces dernières an-

nées, cette affection bizarre de la leucémie avec production de tumeurs lymphadéniques. Son allure clinique et la symptomatologie sont presque identiques à celles de la lymphadénie; les caractères du sang, remarquables par une hyperproduction leucocytaire intense, la structure des lésions qui sont tout à fait celles des productions leucémiques, sont autant de raisons qui sont en faveur de cette opinion.

Toutefois, les conditions étiologiques des tumeurs chloromateuses, leur malignité très grande, leur coloration toute particulière, au sujet de laquelle n'existent encore que des hypothèses, nous autorisent à ne pas les identifier aux lymphadénomes de l'orbite, avant que des recherches ultérieures n'aient déterminé exactement quels sont les rapports qui existent entre le cancer vert et le lymphadénome.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic clinique en sera presque impossible. Le lymphadénome paraît avoir une malignité moins grande et se développer chez des sujets de tout âge. Ce sont là les seuls caractères différentiels que l'on puisse mentionner. L'examen anatomique de la tumeur seul pourra les faire différencier.

En résumé; le diagnostic de certitude de lymphadénome de l'orbite ne pourra que difficilement être posé avant l'intervention. L'examen des ganglions, et des autres organes, les caractères du sang que l'on examinera toujours avec soin, peuvent nous faire penser à une tumeur lymphadénique; mais c'est seulement après examen microscopique de la tumeur que l'on aura le droit de diagnostiquer lymphadénome de l'orbite.

D'ailleurs, le diagnostic de certitude des néoplasmes

orbitaires est le plus souvent impossible, il est presque toujours de probabilité. Sanchez Ezequiel, dans une thèse sur les pseudoplasmes de l'orbite, s'est efforcé de montrer quelles étaient les difficultés du diagnostic dans de pareils cas. Il a pu réunir un certain nombre d'observations de productions orbitaires bénignes prises pour des néoplasmes malins. Le microscope lui-même ne résoud pas toujours d'une manière absolue le problème de la nature de ces tumeurs.

Dans de pareilles conditions, la ponction exploratrice devra toujours être faite pour permettre au diagnostic d'être fondé sur des bases plus certaines.

#### MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

La maladie dont le début est en général insidieux et lent, atteint sa plénitude en quelques mois.

C'est d'abord une légère exophtalmie dont le malade ne s'aperçoit pas à cause de sa bilatéralité. Mais les phénomènes s'accroissant, nous avons vu qu'apparaissent dans certains cas des troubles de la vision et du côté de l'œil et des paupières qui effrayent le malade et le forcent à venir consulter un médecin.

Très souvent à ce moment la maladie est nettement constituée ; l'aspect du malade est caractéristique l'exophtalmie bilatérale pouvant être énorme, l'occlusion parfaite des paupières n'est plus possible.

Les paupières sont œdématisées et ptosées. Il y a quelquefois de l'œdème et du gonflement de la région

peri-orbitaire et temporale. La conjonctive est rouge, boursouflée, suppurative ; elle est le siège d'hémorragies.

La cornée a subi des altérations, plus ou moins marquées du fait de la non occlusion des paupières. On peut observer de l'épiphora, du larmoiement continu ou au contraire le dessèchement de la cornée, si la glande lacrymale est atteinte.

L'examen de l'œil à l'ophthalmoscope montre les nombreuses modifications dont nous avons parlé.

La régression de la tumeur a été observée mais d'une façon exceptionnelle (obs. de Delens).

Dans les cas où le lymphadénome était bien localisé à l'orbite, lorsqu'il n'y avait aucune autre tumeur analogue dans les différents organes, l'ablation de la tumeur semble n'avoir pas été suivie de récurrence (Rollet, obs. I. Arnold et Becker, obs. II).

Mais lorsque l'état général est profondément touché, lorsque la tumeur s'est accompagnée d'une modification du sang, de leucémie, tout espoir de guérison doit être abandonné.

Il en sera de même lorsque c'est dans le cours de cette maladie que se montre la tumeur orbitaire.

---

## Pronostic et Traitement

---

Le pronostic du lymphadénome de l'orbite est très grave. La plupart des cas observés se sont terminés par la mort, si bien qu'on a cru pouvoir comparer la malignité du lymphadénome à celle du cancer. En réalité, cependant, le pronostic est peut-être un peu moins sombre. Il est subordonné à divers éléments : la localisation bien marquée de la tumeur, la rapidité plus ou moins grande de son extension, l'apparition rapide de la cachexie, l'intensité de la leucocytose.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'un lymphadénome de l'orbite bien localisé, que le diagnostic, bien que difficile, aura pu être fait au début, que sa tendance à la généralisation sera peu marquée, on devra pratiquer l'extirpation de la tumeur. Dans ces cas, le lymphadénome pourrait acquérir une bénignité toute relative. Chez le malade de Becker et Arnold, deux ans après l'opération aucune récurrence n'était survenue. Toutefois, avant d'entreprendre une opération dans les cas d'exophtalmie, où l'on suppose l'existence de cette tumeur maligne de l'orbite, il semble nécessaire d'essayer le traitement médical. Panas et Swanzy (de Dublin) ont insisté à l'Associa-

tion médicale britannique, en 1895, sur la nécessité d'épuiser, tout d'abord, les moyens médicaux qui sont à notre disposition.

Nombreux sont les modes de traitement que l'on pourrait mettre en usage contre le lymphadénome. Les diverses médications employées semblent avoir, dans quelques cas, amené la régression des tumeurs lymphadénomateuses (cas de Panas).

On pourra donc essayer les préparations martiales : l'hydrothérapie (eaux chlorurées sodiques, arsenicales, sulfureuses). L'iodure de potassium, le phosphore (huile phosphorée et phosphure de zinc), les préparations hydrargyriques pourraient peut-être amener quelque amélioration. Dans le cas de Forster, où l'iodure amena la guérison, était-on bien en présence d'un lymphadénome et la syphilis n'était-elle pas en cause ?

Le traitement arsenical, qui est le plus en faveur dans les cas de tumeurs de cette nature, est donné sous la forme de liqueur de Fowler, à dose progressivement croissante. Nous voyons que dans la plupart de nos observations cette médication a été employée sans grands résultats. La cause en est peut-être en ce que la tumeur avait déjà acquis un développement trop considérable et n'était plus susceptible de regresser.

La thérapeutique médicale étant le plus souvent insuffisante à assurer une guérison, il faudra donc avoir recours au traitement chirurgical. Ce dernier se montrera-t-il plus efficace ? L'extirpation totale de la tumeur toutes les fois qu'elle est possible, est le seul traitement rationnel. Elle ne s'adresse qu'à la forme du lymphadénome orbitaire bien localisé.

Elle est contre indiquée lorsque la généralisation de la tumeur s'est effectuée et que tous les groupes ganglionnaires sont atteints.

L'ablation est également à conseiller toutes les fois que l'examen du sang donne une augmentation considérable du nombre des leucocytes, lorsqu'en un mot il y a leucémie. A plus forte raison, ne devra-t-on pas tenter l'extirpation lorsque la tumeur s'est développée dans l'orbite secondairement, alors que le malade était atteint déjà de leucocythémie (cas de Rosa Kerchbaumer).

Les observations d'Osterwald, de Leber, de Chauvet, nous montrent que l'évolution, dans certains cas, est très rapide et que le traitement est inutile. La tumeur orbitaire s'accompagnait de tumeurs semblables dans les ganglions, les os et les différents organes.

Pour que le chirurgien puisse tenter une ablation complète, il faut donc que la tumeur soit au début de son évolution et, souvent encore, les apparences sont trompeuses. La tumeur, à l'examen, paraît peu volumineuse, d'une extirpation relativement facile. On se décide à l'intervention et, c'est seulement quand elle est commencée, qu'on s'aperçoit d'un envahissement de toutes les parties de l'orbite, d'adhérences plus ou moins solides et de nombreuses difficultés opératoires.

Les procédés opératoires différeront suivant l'emplacement de la tumeur dans l'orbite (loge postérieure, loge lacrymale, paupières) et sont laissés au choix du chirurgien. Il pourra inciser sur le bord externe de l'orbite, ce qui lui donnera le plus de jour, décoller les tissus environnants et isoler le plus possible la tumeur. Dans les cas où celle-ci siège dans la région de la glande lacry-

male, cela lui sera relativement facile ; si elle est, au contraire, dans la loge postérieure, il devra l'énucléer en prenant soin de conserver l'œil si, toutefois, celui-ci n'est pas atteint ; il faudra aussi respecter les muscles et les nerfs après constatation de leur intégrité.

L'extirpation étant faite, le globe oculaire est remis en place. S'il se produisait une hémorrhagie, il serait bon de drainer, quitte à enlever le drain, lorsque l'hémostase serait complète.

L'opération doit être faite avec les précautions antiseptiques habituelles.

Enfin, l'intervention pratiquée dans les conditions que nous avons énumérées, ne doit pas être présentée comme nécessairement curative. Le pronostic du lymphadénome de l'orbite est le plus souvent fatal et le chirurgien ne doit présenter l'extirpation que comme une faible chance de guérison qu'il peut offrir au malade.

On pourrait, après l'opération, employer la médication arsenicale qui, pour Viniwarter serait le remède spécifique du lymphadénome.

---

## Observations

---

### OBSERVATION I ( inédite ).

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé ROLLET

#### *Lymphadénome de l'orbite gauche.*

V..., Joséphine, 52 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu. le 12 août 1902, salle St-Paul n° 64.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à 59 ans, d'affection inconnue ; mère morte à 45 ans, peut-être d'un néoplasme de l'utérus. Trois frères bien portants.

*Antécédents personnels.* — La malade n'avoue aucune maladie antérieure ; pas de maladie dans l'enfance ; ni alcoolisme, ni syphilis.

A signaler cependant une pleurésie gauche dont elle ne peut préciser la date.

Réglée à 14 ans ; elle l'a été régulièrement depuis, jusqu'à la ménopause survenue à 45 ans.

Mariée, elle n'a eu ni enfants, ni fausses couches.

L'affection actuelle remonte, au dire de la malade à trois ans.

Elle vint à l'Hôtel-Dieu en janvier 1902, pour faire constater une petite tuméfaction siégeant dans l'angle supéro-externe de l'orbite.

Le développement de cette petite grosseur fut très lent, ne s'accompagna que de légères douleurs, de céphalées nocturnes et d'insomnies. Il n'y eut pas d'épiphora, mais la malade avait un coryza qui, dit-elle, était unilatéral gauche. Donc hypersécrétion probable, de la glande lacrymale gauche.

Elle n'a pas maigri considérablement, n'est pas cachectique, n'a pas jauni beaucoup; la malade aurait toujours eu le teint bronzé, tel qu'on le constate actuellement. Au mois de janvier on lui proposa l'ablation de sa tumeur lacrymale, elle refusa.

Un médecin lui fit un traitement et au dire de la malade, le collyre qu'elle mettait dans l'œil fit rougir la conjonctive, amena rapidement une inflammation et fit augmenter le volume de la tumeur.

Depuis un mois environ la tumeur laisse écouler un ichor fétide et purulent, et la malade a des sensations de tension, de battements au niveau de sa tumeur ulcérée et infectée.

A l'entrée, le 12 août 1902, on constate :

Dans l'angle supéro-externe de l'orbite une tuméfaction du volume d'une mandarine, dure, rénitente, sans battements, peu mobile sur les plans sous-jacents et qui semble bien avoir eu pour point de départ la glande lacrymale. Elle a refoulé peu à peu le globe oculaire en bas et en dedans de plusieurs centimètres; l'œil est en outre projeté en avant, et il y a une exophtalmie très marquée.

La paupière supérieure ne peut se relever sur l'œil : il y a du ptosis très net. Le releveur de la paupière ne fonctionne plus.

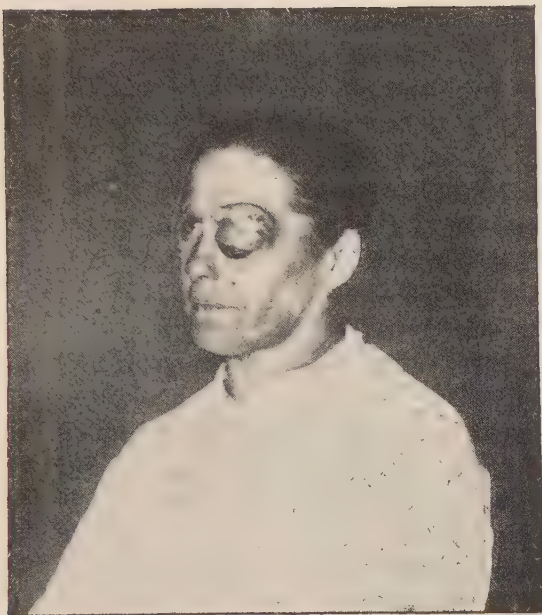
Du côté des muscles extrinsèques on ne trouve pas de paralysies. Le droit interne, le droit inférieur, le droit supérieur ne sont pas très gênés. Le droit externe l'est beaucoup plus, et est incapable de dévier l'œil gauche en dehors.

Le grand oblique et le petit oblique sont également un peu atteints.

Au début elle a eu de la diplopie, qui n'existe plus actuellement, l'image gauche étant nulle.

Les muscles intrinsèques sont intacts.

La pupille réagit à la lumière, à l'accommodation : la scopolamine donne une mydriase évidente et permet de constater des synéchies et des exsudats en avant du cristallin. Il y a de l'iritis, le cercle périkeratique est très développé, la douleur forte. Le fond de l'œil n'est pas explorable soit à l'image indirecte, soit à l'image droite à cause du dépoli de la cornée et de la kératite; peut-être y a-t-il des lésions papillaires. Il n'y a pas de glaucome.



LYMPHADÉNOME DE L'ORBITE GAUCHE

Observation I ( inédite )



L'acuité visuelle est nulle du côté gauche par suite du dépoli de la cornée; elle est normale à droite. La malade distingue le jour de la nuit avec son œil malade, et a reconnu des objets après injection de scopolamine dans l'œil gauche.

La tumeur ne semble pas avoir de propagation intra-crânienne; la malade n'a pas de céphalée unilatérale localisée, pas de névralgies, pas de crampes du côté des membres droits, pas d'épilepsie Jacksonienne.

Par contre, elle accuse une douleur vers la pommette de la joue gauche, douleur profonde et d'autre part, elle a des douleurs au niveau des dents et particulièrement au niveau de la deuxième prémolaire gauche, qui cependant semble solide et bien fixée. Le sinus est obscur à gauche. Rien du côté de la fosse nasale gauche, sauf un écoulement muco-purulent datant d'un mois. La malade accuse également une surdité marquée du côté gauche; on ne constate pas de bouchon de cérumen; elle n'a pas de vertiges ou d'hallucinations auditives.

On ne note rien aux autres viscères.

Le cœur n'est pas gros; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal.

Pouls : 75 pulsations à la minute.

Les poumons ne présentent rien d'anormal.

Le foie n'est pas gros; pas d'hypertrophie ou de noyaux perceptibles à la palpation.

Les urines sont claires, abondantes, contiennent des traces d'albumine.

L'état général est bon, pas de signes de cachexie. On songe à un sarcome des glandes lacrymales.

*Opération le 16 août 1902.* — M. Rollet opère la malade. Il pratique une incision curviligne sur le rebord supéro-externe de l'orbite, il décolle les tissus et arrive sur la tumeur qui semble siéger dans la loge lacrymale. La tumeur est enlevée en deux temps: d'abord une portion palpébrale séparée d'une portion orbitaire par le releveur de la paupière supérieure et une expansion fibreuse. Elle est fixée au rebord orbitaire en partie; en partie à la face profonde de la peau qui recouvre la commissure externe des paupières.

Cette portion de la tumeur est aplatie de haut en bas et allongée dans le sens transversal ; elle affecte la forme d'une amande.

Dans un second temps il a énucléé la portion orbitaire qui est plus volumineuse : de la grosseur d'un œuf de pigeon et adhérente aux tissus environnants. Cette portion est un peu vascularisée et l'on a une hémorragie en nappe, après l'ablation. On tamponne fortement, c'est une tumeur semblant encapsulée qui paraît avoir fusé sous l'aponévrose orbitaire, car on sent l'os à nu.

L'œil est conservé et ne paraît pas avoir été envahi par le processus néoplasique. Il est rentré dans la cavité orbitaire après constatation de l'intégrité du nerf optique, des vaisseaux du globe et de ses muscles. On fait une suture en laissant une mèche de gaze ; pansement au xéroforme.

La tumeur est envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique où elle est examinée par M. le professeur agrégé Paviot, qui envoie la note suivante :

« Sur les coupes on ne trouve aucune formation, aucun élément de nature épithéliale. On ne voit que des nappes de petites cellules rondes réduites au noyau. Ça et là ces nappes sont interrompues par de grosses fibres conjonctives hyalines, ne formant jamais d'alvéoles, et dans ces nappes de cellules rondes, partout où la coupe a été tirillée, apparaît un réticulum adenoïde très net. Des vaisseaux assez abondants se voient dans ces nappes, tous de constitution capillaires, et beaucoup oblitérés par une petite nappe lymphomateuse qui sertit encore la paroi propre des capillaires. En somme lymphome ou lympho-sarcome de l'orbite, ne faisant que pointer dans la région de la glande. »

La malade dont nous avons pu avoir des nouvelles cinq mois après l'opération (10 janvier 1903), ne présentait à ce moment aucune récurrence. Son état général était excellent ; et son œil gauche n'avait subi aucune modification depuis ce temps.

L'œil droit était intact.

---

OBSERVATION II (résumée)

ARNOLD et BECKER. — Arch. für Ophth. 1872

*Lymphadénome double et symétrique des orbites.*

Christophe Schroppel, 33 ans, né en Bavière, ne possède pas d'antécédents héréditaires, ni collatéraux. Bien portant jusqu'à l'âge de 20 ans, il était chez un meunier lorsqu'il eut une double inflammation des paupières qu'il a encore à l'heure actuelle. Depuis cette époque, il a souffert des yeux d'une façon continue. A 22 ans, il fait un court séjour à l'hôpital d'Augsbourg. A sa sortie, il fut obligé de changer de métier; les poussières de la farine entretenant sa maladie. En 1870, il dut aller trouver le Prof. Rothmund, à Munich.

Le 1<sup>er</sup> février, il se fait admettre à la clinique ophthalmologique de Heidelberg, où il reste 7 semaines. Lorsqu'on examine le malade, on voit qu'il a un visage pâle. L'exorbitisme des deux côtés est très prononcé. Les axes des deux yeux convergent vers le bas. La propulsion de l'œil droit était plus forte que celle de l'œil gauche. Celui-ci est projeté de 15 mm. environ.

Les deux paupières supérieures étaient retournées fortement, de sorte que l'occlusion ne pouvait se faire et qu'elles ne pouvaient non plus se relever.

La mobilité du globe n'était pas supprimée, mais très diminuée vers le haut et en dehors.

La conjonctive était, dans toute son étendue, rouge et épaissie. La cornée était lisse et ne présentait aucun trouble. La pupille était étroite et réagissait peu.

L'ophtalmoscope montre que la rétine et la papille sont fortement hyperémisées. Le malade y voit des deux yeux. Cependant, à cause de la photophobie, de l'abondance des larmes et de la position anormale de l'œil, il lui est difficile de distinguer à une grande distance.

Le malade pouvait se conduire. Les douleurs spontanées n'étaient pas considérables. La cause de l'exophtalmie était la tumeur placée

à l'angle externe et supérieur de l'orbite, arrondie et plus grosse qu'un œuf de pigeon, dure et non pulsatile. Elle n'était pas douloureuse à la pression et la surface en était lisse. La tumeur de droite était plus grosse que celle de gauche. On sentait qu'elle plongeait dans l'intérieur de l'orbite.

Si on soulève la paupière supérieure, on voit que cela n'a aucune influence sur la tumeur. Elle est donc située derrière le fascia tarso-orbitaire. La tumeur ne suit pas les mouvements du globe oculaire. A la palpation, on voit qu'elle n'est pas en connexion avec l'œil. En pressant sur elle, on exagère l'exorbitisme. La tumeur était relativement mobile.

Ce qui frappait dans cette affection, c'est que la tumeur était double et symétrique, qu'elle paraissait occuper la région de la glande lacrymale. On pose un pronostic favorable et on propose l'extirpation des deux tumeurs. On incise la paupière supérieure le long du rebord orbitaire, on déchire le fascia tarso-orbitaire, et la tumeur est mise à nue et extirpée.

L'opération est plus difficile à l'œil droit. Le chirurgien, qui croyait avoir affaire à une hypertrophie des glandes lacrymales, vit son diagnostic infirmé. La surface de la tumeur était entourée d'une sorte de capsule de tissu conjonctif. La coupe était granuleuse et saignait peu.

En juillet 1872, on voit que la cicatrice palpébrale est un peu rétractée à droite. Les deux globes ont leur situation normale. Leur mobilité est revenue. Pas de diplopie. Les muscles de l'œil ont un fonctionnement normal. Aux deux yeux, la conjonctive palpébrale et oculaire est injectée. Il existe un peu de symblépharon.

Pas de trachome.

La cornée est normale des deux côtés.

Pas d'hypersécrétion lacrymale.

Pas de récurrence en novembre 1872.

*Examen microscopique.* — L'examen des tumeurs montre qu'elles sont formées de tissu lymphatique.

Au microscope, les éléments lymphoïdes apparaissent serrés les uns contre les autres et entourés d'un *reticulum* mince. Les lacunes qu'ils circonscrivent sont remplies de corps ronds, et identiques les

uns aux autres ; le tout est parcouru par un réseau capillaire que l'on aperçoit très nettement. A la périphérie, on aperçoit des prolongements de la tumeur qui envahissent le tissu sain.

Une telle description montre que l'on a affaire à une néoformation qui a tous les caractères du tissu lymphatique. La disposition de ces différents éléments est identique à celle des ganglions. On peut donc poser le diagnostic de lymphadénome.

---

### OBSERVATION III (résumée)

GALLASCH. — Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1874

#### *Lymphadénome double et symétrique des orbites.*

M. Jean, 4 ans  $1/2$  ; sans antécédents héréditaires, avait eu plusieurs bronchites et présentait des poussées d'adenites. Il n'a jamais eu d'exanthèmes, pas d'épistaxis, pas de syphilis, pas de paludisme. Depuis 6 semaines, l'enfant a des accès coqueluchoïdes : pas d'expectoration, de vomissements, ni de fièvre.

A l'entrée (fin d'octobre 1872), son aspect est le suivant : Enfant amaigri, qui présente des restes de rachitisme sur le squelette, de la pâleur des téguments. Les paupières inférieures sont légèrement œdématisées

Sur la conjonctive bulbaire, hémorragies isolées, rondes et bleuâtres.

Les amygdales sont pâles et hypertrophiées. Le cou est augmenté de volume. Les régions parotidiennes paraissent gonflées, surtout à gauche.

Le long des sterno-mastoïdiens et sous la mâchoire, ganglions de la grosseur d'un haricot qui forment une chaîne, durs, non douloureux, un peu mobilisables.

On perçoit aussi les ganglions de l'aisselle, de l'aîne et sus-claviculaires.

Le foie dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes.

La rate est augmentée de volume.

Pas d'albumine dans les urines.

Temp. 38,7. Pouls petit : 90.

A l'examen du sang, on trouve une légère augmentation de globules blancs.

16 janvier 1873. — Les deux paupières inférieures sont œdématisées et présentent des suffusions sanguines. Les glandes lacrymales sont hypertrophiées (6 fois plus grosses que d'ordinaire). La rate remplit presque tout le côté gauche. Le malade meurt le 25 janvier 1873.

L'œil est examiné par le docteur Heinzel ;

L'enfant a vu jusqu'à sa mort. La réaction pupillaire est normale.

On note de l'amblyopie.

*Œil droit* : Il y a un retrécissement du champ visuel peu considérable.

Les milieux transparents sont sains. La rétine a une coloration normale. Du centre de la pupille partaient des raies floues qui s'étendaient le long des vaisseaux et disparaissaient en s'atténuant. Les artères n'étaient pas modifiées ; les veines un peu flexueuses. Le long des gros troncs centraux, il y avait de très nombreuses hémorragies rayonnées d'un rouge clair.

Au niveau de la papille, elles faisaient défaut.

*Œil gauche* : Hémorragies plus nombreuses.

Tous ces troubles durèrent un mois, puis les hémorragies disparurent et les contours de la papille qui étaient flous devinrent plus distincts.

La papille ne devint pas blanche ; il n'y eut au niveau des veines et des artères aucune modification semblable à celles que l'on observe au cours des processus atrophiques.

*Autopsie* : On trouve les deux glandes lacrymales augmentées notablement de volume. Les paupières supérieures sont saillantes en avant.

La glande lacrymale est entourée d'une capsule brillante, solide ; elle arrive jusqu'à l'équateur de l'œil ; en avant, elle atteint le rebord orbitaire. Elle forme, une fois isolée de sa capsule, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, aplatie de haut en bas, dont la partie postérieure orbitaire est rouge pâle et dont la partie antérieure est jaune. Sa surface est lisse.

Sur une coupe, la tumeur montre des tâches colorées en jaune, et présente par place un aspect marbré. Sa consistance est ferme.

On avait affaire à une tumeur lymphatique ; l'hypothèse d'une autre tumeur ne vint pas à l'esprit, étant données la maladie concomitante et l'augmentation simultanée des deux glandes. Sur des coupes microscopiques, on voit une infiltration lymphoïde de toute la glande. Les acinis étaient visibles. Le tissu conjonctif qui les entoure est rempli de corpuscules lymphatiques très nombreux, formés d'un gros noyau et de très peu de protoplasma.

---

#### OBSERVATION IV (résumée)

(CHAUVEL. — Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. 1877.)

*Lymphadénome de la paupière gauche propagé à tout le côté gauche de la face.*

M..., âgé de 41 ans, entré à l'hôpital du Val de Grâce, le 18 octobre 1870. Jusqu'à cette époque, il a toujours été en bonne santé. Il n'a jamais eu la syphilis.

Au mois de juillet 1876, apparaît dans la paupière supérieure gauche une petite tumeur qui était indolore, ne produisait aucun trouble local, et ne dépendait d'aucune cause connue.

Son accroissement fut très rapide et s'accompagna de vives douleurs. On fit des applications calmantes, et dès le début le pronostic porté fut grave.

A l'entrée, on constate que tous les ganglions de la région carotidienne de chaque côté, sont augmentés de volume.

Au-dessus du sourcil gauche, il y a, au niveau de la tumeur, un peu de rougeur. La pression est douloureuse. Le malade ressent des douleurs dans tout le côté gauche de la tête. Il est dans un état cachectique avancé. On diagnostique : sarcome diffus avec adénite symptomatique.

Le 12 novembre, on voit que la face est le siège d'un gonflement qui occupe surtout la région sus-orbitaire gauche, la paupière supérieure gauche et la racine du nez.

La joue est également envahie : elle est doublée d'épaisseur.

L'œil gauche est complètement caché par suite du développement des paupières qu'on ne peut écarter pour voir l'état de l'œil.

La peau est à ce niveau un peu rosée, indurée et épaissie et non mobile sur la tumeur. On n'y voit pas de dilatation veineuse.

La muqueuse buccale est le siège de nodosités et d'ulcérations.

Le malade accuse toujours de violentes douleurs.

Au cou, la peau n'est pas mobile sur les ganglions qui forment des plaques indurées et douloureuses à la pression. Le malade, bien que pâle, n'a pas la teinte jaune paille.

Rien au cœur ni aux poumons.

Le 16, le malade se cachectise de plus en plus. Il voit devant son œil droit une tache noire qui suit le globe et vient se poser sur les objets qu'il regarde.

A l'ophtalmoscope, on voit que dans l'œil droit les milieux ne présentent rien d'anormal. Les vaisseaux sont normaux. Pas d'œdème péripapillaire. Autour de la papille on constate plusieurs taches hémorragiques dont une au-dessus et une au-dessous du disque papillaire qui sont plus grandes que les autres. Elles sont volumineuses et ont leurs bords rayonnés.

Le 18, on voit dans l'œil droit des suffusions sanguines striées et développées dans un tissu rétinien peu transparent : elles ont un aspect semblable aux altérations de la rétinite leucémique.

Comme on ne peut songer à une tumeur intracrânienne, on pense à la leucémie.

On ne trouve pas d'autres ganglions que ceux du cou.

Le sang n'est pas examiné.

La rate est à peine augmentée de volume.

Mort le 21 novembre.

*Autopsie.* — A la coupe, la peau et les ganglions sont lardacés.

Dans l'œil droit on observe des hémorragies rétiniennees au pourtour de la papille. Le sang s'est épanché entre les fibres nerveuses de la rétine.

Dans l'œil gauche, on observe les mêmes altérations.

La tumeur de la paupière est formée d'éléments arrondis, analogues à ceux des ganglions lymphatiques. Toutes les parties de la

paupière sont atteintes et on n'observe pas d'enkystement de la tumeur.

En traitant par le pinceau, on arrive à voir un réticulum.

On avait donc affaire à un lymphadénome de la paupière qui s'était compliqué fort probablement de leucémie.

---

#### OBSERVATION V (résumée)

(LEBER. — Archive für ophthalm. 1878.)

##### *Lymphadénome orbitaire double et symétrique.*

Il s'agissait d'un homme de 48 ans, atteint d'une leucémie dans laquelle les globules rouges et blancs étaient en nombre presque égal. La plupart des leucocytes étaient extrêmement petits. Il y avait de larges tumeurs sous les paupières, non adhérentes à la peau, pénétrant à l'intérieur de l'orbite et non adhérentes à ses bords.

Les deux yeux étaient proéminents ; sous la conjonctive pouvaient se voir des tumeurs ayant une teinte variant d'un brun sale au violet, tout comme celles qui étaient sous-palpébrales. Il y avait sous les muscles temporaux des tuméfactions que la palpation ne pouvait séparer de l'os : rétinite hémorragique ; l'urine contenait de l'albumine et des cylindres granuleux ; la peau était pâle : il y avait de l'émaciation.

Un fragment de tissu prélevé de dessous la conjonctive était mou et quelque peu gélatineux.

Microscopiquement, il paraissait y avoir un assemblage étroit de cellules rondes mononucléaires dans un tissu conjonctif délicat à larges mailles pas très bien vascularisé. Les glandes lymphatiques du cou étaient augmentées de volume ; le manubrium était un peu épaissi et douloureux. Avec cela grande faiblesse, grande soif, douleurs dans la tête, parfois strabisme convergent.

Les tumeurs de la région temporale grossirent, le foie atteignit l'ombilic ; la rate était hypertrophiée, augmentation de l'exophtalmie ;

Le gonflement sus-sternal atteint le volume du poing et des tumeurs apparaissent dans la parotide et dans la région sous-maxillaire. Le malade succombe quatorze mois après l'apparition des tumeurs de l'orbite et six mois après qu'on avait constaté la leucémie. Aucune autopsie ne fut faite.

---

#### OBSERVATION VI (résumée)

(OSTERWALD. — Arch. für opht. 1881)

##### *Leucémie avec double exophtalmie par tumeurs de l'orbite.*

Le 25 mai 1881, entre à la clinique ophtalmologique de Göttingue, un garçon de 4 ans qui présentait une exophtalmie très marquée des deux côtés et un gonflement des parties voisines de l'orbite. Il avait un teint cachectique.

Dans ses antécédents, on note la rougeole.

Aux environs de Pâques, vers le mois d'avril, il se cogna plusieurs fois la tête d'une façon assez violente. Quelque temps après, les parents remarquèrent une déformation de la bouche qui disparut spontanément au bout de quelques jours. Bientôt après, il y eut un gonflement de la paupière droite, puis de la gauche. On remarqua alors une saillie du globe oculaire, tandis que l'appétit diminuait. Le gonflement de la paupière s'accrut de plus en plus et la projection du bulbe amena bientôt une altération de la cornée. C'est pour cette affection que le malade se présente à la consultation.

Le 25 mai, l'examen objectif donne les résultats suivants : Des deux côtés, on constate une forte exophtalmie. La paupière supérieure droite est épaissie dans tous ses diamètres et, à travers la peau, transparait un réseau de veines bleues et dilatées, qui s'étend aussi sur le front et la partie voisine de la tempe, jusqu'à environ 2 centimètres du rebord orbitaire. Le bulbe n'est pas projeté directement en avant, mais en bas et latéralement, et semble proéminer un peu plus que le gauche ; cela vient de ce que la paupière supérieure droite est projetée par la tumeur. La conjonctive est forte-

ment injectée et parcourue par des veines sinueuses et dilatées. A l'œil gauche, le réseau veineux de la paupière supérieure est à peine indiqué. Par contre, dans la paupière inférieure au 1/3 interne, il y a une large plaque bleuâtre qui transparait à travers la peau, large de 5 millimètres sur 3 de hauteur, et qui n'est autre chose qu'un extravasat sous-cutané. Les veines conjonctivales sont fortement dilatées. On trouve à la partie supérieure de la sclérotique un réseau de veinules en forme de tire-bouchons. A travers la peau de la paupière supérieure et au voisinage des sourcils, sur toute l'étendue de la paupière, on perçoit une tumeur dure qui empiète sur le rebord orbitaire et qui n'est pas mobile.

La pression est douloureuse.

Du côté temporal, à la hauteur de l'œil, on trouve une tumeur aplatie, placée sous la peau, ayant une forme arrondie et de consistance molle et pâteuse. Les dimensions de ces tumeurs sont, à droite : 4 centimètres sur 5, à gauche, 3 centimètres sur 4.

A l'œil droit, au niveau de l'ouverture palpébrale, se trouve une bande d'épithélium de la cornée qui est nécrosé. Cornée gauche normale

Les mouvements des yeux sont limités de tous les côtés. Réaction pupillaire normale.

A l'ophtalmoscope : à droite, à cause des troubles cornéens, pas d'image nette. A gauche, les bords de la papille sont flous. Les veines sont sinueuses et dilatées. A cause des mouvements du malade, on ne peut voir ni taches blanches, ni hémorrhagie.

L'acuité n'est pas déterminée exactement ; mais le malade y voit.

Il y a des ganglions cervicaux. Le visage est pâle, le teint cachectique. Les tumeurs doubles et la cachexie éveillent l'idée de leucémie, confirmée par l'examen du sang que l'on pratique en ce moment.

Les globules blancs sont augmentés de nombre. On les trouve avec les rouges dans le rapport d'un tiers à un quart. Ils se groupent et, çà et là, on voit des globules jaunes-bruns, qui sont peut-être des globules rouges détruits.

Le 23 mai, on pratiqua l'examen des organes.

L'anémie est marquée au niveau des muqueuses ; amygdales visibles. Il y a sur les parties latérales du cou des noyaux indurés. A l'angle de la mâchoire, on trouve de gros ganglions. Sur la peau, il y a des pétéchie. Le ventre est ballonné. Le foie et la rate sont augmentés de volume. Quelques signes de rachitisme (gonflement des épiphyses). Les poumons et le cœur sont normaux.

On donne au malade de la liqueur de Fowler.

On met un pansement sur les yeux pour empêcher l'écoulement des larmes et le dessèchement de la cornée. Lorsqu'on enlève le bandeau, on voit que la nécrose de la cornée droite fait de rapides progrès.

30 mai. — Les paupières s'œdématisent : la conjonctive donne une sécrétion trouble. On note un exsudat purulent dans la chambre antérieure.

Pas d'affection cornéenne à gauche ; mais sécrétion aqueuse. L'état devient plus grave. La température s'élève, le pouls devient fréquent.

1<sup>er</sup> juin. — Le patient est immobile dans son lit ; il a une ulcération à la lèvre inférieure.

T, 38,3 Pouls 132.

Exsudat sanguinolent aux narines et à la conjonctive. Le malade perd ses urines. Ni albumine, ni sucre.

4 juin. — Pouls petit. Contractures à gauche, tremblements. Au niveau de la conjonctive droite, il y a un exsudat purulent. Hémorrhagie sous la peau des paupières. Le malade meurt dans la soirée.

A l'autopsie, on voit que l'exophtalmie est plus forte à droite qu'à gauche. On examine la cavité crânienne et on trouve des tumeurs de la dure-mère et du cerveau, des tumeurs sub-pleurales, des lésions osseuses médullaires que l'on doit imputer à la leucémie.

Dans les deux rétines, il y a de multiples hémorrhagies. Les papilles sont œdématisées et un peu blanches, surtout à gauche. La gaine lymphatique du nerf optique est épaissie et ampullaire.

Les tumeurs orbitaires ont le même caractère que les autres tumeurs. La graisse de la cavité de l'orbite est totalement infiltrée de cellules rondes. En certains endroits, il y a des néo-formations lymphatiques, où les travées fibreuses dominent.

Le diagnostic était : leucémie myélogène avec néoplasmes leucémiques.

Les néoplasies des différentes régions présentaient le caractère leucémique ou lympho-adénoïde.

---

#### OBSERVATION VII

REYMOND. — *Annali di Ottamologia*. 1883.

*Lymphaténome volumineux des deux orbites.*

Bartholomé, âgé de 57 ans, de constitution robuste. Pas d'antécédents syphilitiques. A 20 ans, a eu une attaque de paludisme qui dura un mois et qui céda à la quinine. Il lui en reste une légère tuméfaction de la rate. A 22 ans, blennorrhagie qui n'eut pas de suites.

L'affection actuelle date de deux ou trois ans. Il eut d'abord des démangeaisons au niveau des paupières. Bientôt après, celles-ci augmentèrent de volume, en même temps que la région parotidienne et les ganglions axillaires.

Il y a un an, on institua chez ce malade le traitement ioduré. Les régions parotidiennes diminuèrent de volume; la tuméfaction des paupières ne fut pas modifiée. Le traitement médical causa des troubles gastriques et les tuméfactions s'accrurent.

Le 5 février, il se présente à la clinique ophthalmologique avec une tuméfaction des régions parotidiennes et des tumeurs sous-palpébrales de la grosseur d'une amande.

Elles sont disposées transversalement sous la paupière supérieure; sont de consistance molle et élastique.

Si l'on retourne les paupières, ces tumeurs forment une excroissance au niveau de laquelle, les vaisseaux sanguins sont dilatés. La surface de ces néoformations rétro-palpébrales est légèrement bosselée. Il y a des tumeurs semblables à la région cervicale, sus-claviculaire et axillaire.

Dans les urines, traces d'albumine.

Ayant vu le peu de succès du traitement médical, on pratique une opération afin de délivrer le patient de ces tumeurs de l'orbite.

Incision parallèle au rebord supérieur de l'orbite et qui intéresse toute l'épaisseur des paupières y compris le fascia palpébral.

On énuclée avec facilité les petites tumeurs de la grosseur d'une amande, d'un aspect et d'une dureté ganglionnaire. Pansement et drainage.

La blessure guérit rapidement. Entre temps, on reprend le traitement ioduré et l'on voit les tumeurs parotidiennes diminuer rapidement.

Après quelques jours, le malade veut sortir de la clinique, car il se sent beaucoup mieux. Il a un léger degré de ptosepalpébrale.

La conjonctive ne fut pas intéressée au cours de l'opération, et les replis conjonctivaux ne présentent aucune altération.

L'examen de ces tumeurs montra qu'elles étaient formées de tissu lymphatique (éléments cellulaires semblables aux cellules lymphoïdes et entourés d'un stroma réticulé). Le réticulum a des mailles étroites régulières comme le réticulum des parenchymes des glandes lymphatiques, et contient dans chaque maille un ou, au maximum, deux cellules. Les tumeurs sont traversées par des faisceaux de tissu connectif fibreux qui servent de soutien au réticulum et accompagnent les vaisseaux sanguins.

En certains endroits, on trouve au milieu de faisceaux particuliers, de nombreuses cellules rondes dont quelques-unes ont un volume double de celui des cellules lymphoïdes. Un certain nombre de ces cellules commencent à subir une dégénérescence hyaline. On voit, à leur périphérie, un anneau transparent qui s'est formé aux dépens du protoplasma. Quelquefois, la transformation du protoplasma est complète, de sorte que toute la cellule apparaît comme formée de substance hyaline avec un anneau placé à la périphérie. On constate en outre, que certains éléments isolés, sous l'influence de certains colorants, présentent une dégénérescence amyloïde. Les caractères de cette dégénérescence ne sont pas observés dans les faisceaux du tissu connectif et dans la paroi des vaisseaux.

Cette observation a été relatée à cause de la dégénérescence amyloïde des éléments lymphoïdes.

OBSERVATION VIII (résumée)

(GAYET. — Archives d'ophtalmologie, 1886)

*Lymphadénome des deux orbites*

Le 20 janvier 1885, un homme de 70 ans, le nommé Claude D..., de Blacé (Saône-et-Loire), entre dans le service du Professeur Gayet, pour une affection d'aspect assez bizarre, ayant débuté depuis deux ans, du côté de l'œil droit et, depuis quatre mois, du côté gauche. Il s'agit d'un exorbitisme bien plus développé du côté où il s'est montré le dernier. A gauche, en effet, l'œil est refoulé en bas et en dehors par une tumeur grosse comme une petite pomme, saillante sous la paupière supérieure et recouverte d'une peau violacée, sur laquelle se dessinent en relief, et remontant vers le sourcil, deux ou trois veines variqueuses. Quant à la paupière inférieure, elle est refoulée en arrière par le globe, dont l'équateur l'a débordée et se trouve complètement retournée ; si bien retournée, que les muqueuses bulbaire et conjonctivale, extériorisées, se continuent en un bourrelet rouge et infiltré. L'œil droit est beaucoup moins repoussé que le gauche et la tumeur habitant avec lui la cavité orbitaire, constitue un simple bourrelet, qui le sépare du sourcil. Point à noter : de ce côté la tumeur a varié de grosseur et une fois même elle a semblé disparaître.

Les yeux, pris en particulier, sont sains, le malade se plaint seulement de la difficulté qu'il a à diriger ses axes optiques. L'œil droit est encore un peu mobile, mais l'œil gauche est tellement immobile que tout de suite on a l'idée d'une altération de son appareil moteur, prévision qui a été justifiée. Son déplacement, par rapport à l'axe de l'orbite, est tel qu'il ne saurait être question de diplopie. Aucune altération des globes, ni dans les milieux, ni dans les membranes.

D... tomba brusquement malade. Transporté dans un service de médecine, il succomba en deux jours d'une affection pulmonaire.

Les tumeurs orbitaires, soigneusement examinées, furent, à cause de leurs caractères histologiques, classées parmi les lymphadénomes. Ayant recherché quel était l'organe qui leur avait donné naissance, M. le Professeur Gayet conclut qu'elles s'étaient développées aux dépens des graisses de l'orbite.

OBSERVATION IX

(DELENS. — Archives d'ophtalmologie, 1886)

*Tumeurs lymphadéniques des deux orbites chez un malade affecté d'adénie. — Disparition des tumeurs à la suite d'une attaque de choléra.*

Le nommé Gélin Charles, âgé de 55 ans, journalier, entre à l'hôpital des Cliniques, le 5 octobre 1865, dans le service de Nélaton, suppléé par Dolbeau.

C'est un homme fortement constitué, habitué aux travaux des champs et médiocrement intelligent. On a quelque peine à obtenir des renseignements précis sur ses antécédents. Il paraît cependant avoir toujours joui d'une bonne santé et il n'entre à l'hôpital qu'en raison de la gêne que lui causent des tumeurs qui se sont développées dans l'orbite et qui, depuis quinze jours ou trois semaines, ont pris un accroissement notable.

A l'examen :

Le front est naturellement bas et fuyant, mais la présence de tumeurs à la partie supérieure des deux orbites, au-dessus des globes oculaires, donne à la physionomie du malade un aspect tout particulier d'étonnement et d'hébétude. Il existe, en même temps, dans les deux régions sous-maxillaires, des tumeurs ganglionnaires volumineuses. Au-dessus des rebords orbitaires, existent, de chaque côté, deux tumeurs accolées l'une à l'autre, reposant sur le globe de l'œil et soulevant la paupière supérieure. Elles sont arrondies, du volume d'une petite noisette chacune, plus volumineuses cependant du côté droit ; elles sont mobiles sous la peau et dans le tissu cellulaire de l'orbite ; on les déplace facilement avec le doigt ; elles ont une consistance ferme et donnent tout à fait la sensation de ganglions lymphatiques hypertrophiés. Leur indolence est complète.

Les mouvements des paupières sont seulement gênés par leur présence ; ceux du globe oculaire sont tout à fait intacts. La vision est normale. On remarque, en outre, de chaque côté, au-devant du sac lacrymal, mais plus marquée à droite, une tuméfaction qui pourrait faire croire à l'existence d'une double tumeur lacrymale,

mais il est facile de s'assurer que les voies lacrymales sont saines et qu'il s'agit d'une tumeur mal limitée, située au-devant de la paroi antérieure du sac et probablement de même nature que les précédentes.

Les fosses nasales sont libres, mais du côté de la cavité buccale on observe des tuméfactions singulières : la voûte palatine présente de chaque côté de la ligne médiane deux tuméfactions séparées par une rigole profonde. Ces tumeurs, un peu bosselées, recouvertes par la muqueuse saine, d'une élasticité molle, occupent toute la partie de la voûte palatine qui répond aux os. Au-delà et en arrière, le voile du palais paraît seulement épaissi. Les amygdales sont augmentées de volume et le malade dit qu'il a subi l'ablation de l'amygdale droite, bien qu'entre les deux piliers de ce côté on constate l'existence d'une masse lobulée volumineuse.

La paroi postérieure du pharynx est soulevée dans sa moitié droite et inférieurement par une masse arrondie du volume d'une petite noix. La voix, quoique rude et un peu enrouée, n'est pas très altérée ; la déglutition s'effectue facilement, mais la respiration est notablement gênée et l'a été assez, il y a deux mois, pour que le malade ait eu une sorte de cornage qui n'existe plus aujourd'hui. Il fait seulement entendre, en dormant, un ronflement très marqué.

Nous avons déjà noté l'existence, sur les parties latérales du cou et dans les régions sous maxillaires de masses volumineuses, de ganglions ; chaque masse est formée d'un certain nombre de tumeurs plus petites. Dans les deux aisselles, appliqués sur la paroi thoracique, on trouve plusieurs ganglions indurés, isolés, très mobiles, mais ne dépassant pas le volume d'une amande. Les ganglions épitrochléens sont également hypertrophiés.

L'auscultation du cœur et des poumons ne dénote pas l'existence de masses intra-thoraciques. Mais il y a une conformation particulière et évidemment congénitale de la cage thoracique qui est cylindrique.

Pas d'hypertrophie de la rate, ni du foie. Léger engorgement ganglionnaire aux aines. Les organes génitaux sont normaux. L'examen microscopique du sang nous a permis de constater une augmentation marquée du nombre des globules blancs et de leur volume.

Le 13 octobre, le malade fut pris d'une grave attaque de choléra. Il guérit cependant, mais pendant la convalescence il présenta une éruption cutanée d'aspect rubéolique, suivie du développement de quelques pustules à la face et d'une otite moyenne suppurée. Au 28 octobre, douleurs vives dans l'oreille, surdité presque complète. A cette date, nous constatons la disparition complète des tumeurs orbitaires. Quant aux autres manifestations ganglionnaires, elles sont atténuées ou ont complètement disparu. Le 29 octobre, sortie du malade de l'hôpital. Ne l'ayant plus revu depuis, nous ne pouvons dire si la guérison s'est maintenue.

---

#### OBSERVATION X (résumée)

BERNHEIMER. — Congrès de Heidelberg, 1890.

##### *Lymphadénome des deux orbites.*

Cet auteur a observé un cas de lymphadénome double de l'orbite avec conservation absolue de la motilité et de la vision des deux yeux.

Ce cas est semblable à celui d'Arnold et Becker, mais son étiologie n'est pas plus claire.

Le malade était un homme de 40 ans, dont l'exorbitisme était produit par des tumeurs multiples de la grosseur d'une noisette ou d'une amande, tumeurs qui étaient en relation avec les tissus profonds de l'orbite et qui n'intéressaient pas les paupières.

On pratiqua l'extirpation et l'examen anatomique démontra que cette tumeur hétéroplastique offrait la même structure que le tissu ganglionnaire normal.

---

#### OBSERVATION XI

GUAITA, — Annali di Ottalmologia 1890

##### *Deux cas de lymphomes bilatéraux diffus de la conjonctive.*

Un malade de la clinique ophthalmologique de Sienne présenta une lésion conjonctivale bizarre et que le professeur Guaita n'a pas trouvée décrite dans la littérature.

Rien dans les antécédents : pas d'affection précédente des yeux. Le malade a une prédisposition marquée pour les engorgements ganglionnaires. Il y a dix ans, il a eu du gonflement de divers ganglions. Il y a deux ans, nouvelle hypertrophie ganglionnaire, qui a diminué depuis quelques mois. La tuméfaction des paupières date de deux ans, pour l'œil droit, de 10 mois pour l'œil gauche.

On fit le diagnostic de tumeur avec dégénérescence amyloïde et le malade fut envoyé à la clinique.

J'ai trouvé un sujet au teint pâle et terreux ; un peu amaigri. Aucune altération grave du côté des viscères. Urines décolorées.

Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont hypertrophiés, il en est de même des ganglions axillaires et inguinaux.

L'altération la plus importante est celle du sang :

On y trouve 3.338.000 globules rouges, c'est-à-dire deux millions de moins que normalement, et 18.600 globules blancs c'est-à-dire 3.500 de plus que la normale.

Les quatre paupières sont très tuméfiées ; celles de droite à tel point que l'ouverture spontanée est impossible, celles de gauche permettent une ouverture légère. A gauche, la tumeur envahit aussi la région du sac lacrymal. La tuméfaction a une consistance molle. En retournant les paupières on voit que la tuméfaction siège principalement sur la conjonctive palpérale, et là sont quelques points plus saillants. La surface de la conjonctive ne présente ni cicatrices, ni granulations. La muqueuse en est pâle et se remet facilement lorsqu'on retourne les paupières. Elle laisse sourdre un sang pâle et dilué.

On prend des morceaux de la tumeur que l'on examine au microscope. Elle est constituée par des cellules lymphoïdes accumulées dans les mailles du tissu conjonctif sous-conjonctival. Il n'y a aucune trace de substance amyloïde.

On soumet le malade au traitement ioduré et on pratique chaque jour du massage en interposant une spatule entre la paupière et le globe oculaire pour éviter la compression de celui-ci.

L'amélioration semble se faire et actuellement le malade peut ouvrir l'œil gauche environ de moitié. La tuméfaction de la région du sac a disparu et le malade commence à ouvrir un peu l'œil droit.

Reste à savoir si on obtiendra une résolution complète et, si le massage cessé il n'y aura pas de récédive.

Ce cas rappelle à Guaita un autre cas observé dans sa clientèle privée : Un vieux monsieur très maigre, et très émacié, presque aphone à la suite d'une lésion laryngée de nature indéterminée, présentait une tuméfaction des ganglions en général, et avait depuis plus d'un an, les paupières enflées. Dans le pli conjonctival supérieur de l'œil droit, la tuméfaction avait augmenté et formait une excroissance pédiculée qui couvrait presque l'œil. Cette tumeur fut enlevée, mais se reproduisit un peu plus petite.

Le malade mourut de cachexie.

L'examen microscopique de la tumeur donna un résultat analogue (cellules lymphoïdes avec réticulum).

---

## OBSERVATION XII

AXENFELD. — Arch. für Ophtalmologie, 1891

### *Lymphadénome des orbites.*

Le malade a eu un frère mort il y a 28 ans, d'une hémorragie qui se produisit pendant le cours d'une leucémie.

Le sujet lui-même fut réformé pour une adénite cervicale.

Ce n'est qu'en février 1890 qu'il a commencé à souffrir des yeux. Les ganglions n'ont pas augmenté de volume.

Le malade nous apprend que, depuis un mois, à la suite d'une attaque d'influenza, étaient apparues de petites nodosités dans les paupières qui s'œdémaïèrent.

Au premier examen : le docteur Rimpler trouva dans les quatre paupières (paissies de petites nodosités sous conjonctivales qui étaient proéminentes et ressemblaient à d'anciens chalazions. Une de celles-ci siégeait dans la région de la glande lacrymale gauche. L'extirpation fut faite à la demande du patient. Les nodosités furent faciles à énucléer. Leur examen microscopique montra une accumulation de cellules rondes dans la sous-muqueuse.

On posa le diagnostic de lymphome.

De nouvelles petites tumeurs apparurent, après trois semaines en d'autres endroits. Après deux mois de nouveaux et violents troubles oculaires, commença l'exophtalmie. Simultanément se produisirent un engorgement du nez, de la gêne de la déglutition, de la sécheresse de la bouche, une petite tuméfaction au cou et un affaiblissement de l'état général. En août 1890, le sujet reçut un violent coup de timon dans le pli de l'aîne gauche : en deux jours apparût un gros ganglion, d'abord douloureux, qui après cessation des symptômes douloureux, n'a pas diminué. Il entre à la clinique en septembre 1890.

*Etat actuel.* — Homme petit, bien constitué, sobre.

Le malade a un visage pâle et jaunâtre. Le squelette est normalement conformé. Les extrémités osseuses ne sont ni grosses, ni douloureuses. Le système nerveux est sain. Rien au cœur ni aux poumons.

Tension artérielle un peu forte. Sang normal. Rien dans les urines.

La partie supérieure et latérale du cou est augmentée de volume des deux côtés, alors que la région sus-claviculaire n'est pas modifiée.

Dans la région sous-maxillaire, jusqu'à l'oreille et jusqu'au larynx, se trouve un paquet de tumeurs épaisses, dures, lisses, arrondies et mobiles.

Les ganglions préauriculaires et parotidiens sont augmentés de volume. Ces tumeurs ne paraissent pas mobiles. Les ganglions de la nuque sont atteints.

Dans la peau de la joue, on trouve à l'angle de la bouche deux tumeurs verticales en forme de haricots, dures et mobiles.

Au nez, la muqueuse des cornets est rouge, épaisse, de consistance dure. La respiration nasale est impossible.

Au plancher de la bouche, la glande sublingale est épaissie. Les amygdales sont hypertrophiées et hyperémies. Rien au pharynx.

Dans le pli de l'aîne, du côté droit, sont perceptibles plusieurs lymphadénomes. A gauche, on en trouve aussi de plus volumineux.

Du côté des yeux, on note une forte exophtalmie.

Dans la peau de la paupière cyanosée on voit plusieurs veines dilatées. Les paupières sont gonflées dans leur totalité ; elles sont tendues mais élastiques.

L'épaississement paraît dépendre, en faisant abstraction de ce qui est produit par l'exophtalmie, d'une infiltration diffuse, au dessous de laquelle, dans les parties profondes, on peut sentir des tumeurs quelque peu mobiles. La tuméfaction est plus forte à la paupière inférieure droite : là, les tumeurs paraissent nettement accolées les unes aux autres.

Elles siègent surtout au voisinage du bord orbitaire, sont parallèles à celui-ci et plongent dans la profondeur. C'est à la partie la plus profonde que le sujet éprouve de la douleur ; on a la sensation que dans la partie postérieure de l'orbite se trouvent des tumeurs semblables.

La plus grosse tumeur siège à gauche, sous la moitié externe de la voûte orbitaire, dans le voisinage de la glande lacrymale. On la sent sous la peau de la paupière, elle est quelque peu mobile.

Le globe oculaire est normal.

On pose le diagnostic de pseudoleucémie (lymphomes malins, adénie).

L'opération n'étant pas contre-indiquée par la leucémie, on extirpe la grosse tumeur. On enlève seulement un petit morceau de la glande lacrymale gauche.

Les tumeurs furent facilement énuclées ; elles sont d'une consistance nettement élastique.

Sur une coupe fraîche, elles sont grise-jaunâtres, un peu transparentes, très gélatineuses en certains endroits. Il n'y a pas de suc.

Les préparations microscopiques montrent une quantité énorme de petites cellules rondes situées dans un tissu formé de grandes alvéoles, très fibreuses.

Le stroma réticulé n'est pas très net.

Les suites opératoires sont bonnes. Après huit jours, on donne de la liqueur de Fowler (trois gouttes trois fois par jour).

L'examen du nez, de la bouche et de la gorge montre aux deux orifices des fosses nasales une forte tuméfaction de toute la muqueuse. La muqueuse de la voûte palatine est épaissie latéralement.

Les cordes vocales sont rouges. Leur fonctionnement paraît normal.

---

#### OBSERVATION XIII

(WESTHOFF. — Geneeskundige Courant. 1893).

##### *Lymphadénome orbitaire double.*

Nous n'avons pu nous procurer cette observation citée par Panas. (Maladie des Yeux, T. II).

---

#### OBSERVATION XIV

(PANAS. — In Thèse Ezéquiél Sanchez.)

##### *Tuméfactions lymphoïdes doubles des orbites.*

Homme de 35 ans, en général bien portant, sans antécédents syphilitiques ni tuberculeux. Il m'a consulté « dit M. Panas », pour une double exophtalmie simulant le sarcome orbitaire. Déjà, il y a trois ans, il s'était produit chez lui, en quelques jours, une protrusion des deux yeux avec troubles visuels, mais le traitement institué par son médecin avait fait disparaître peu à peu ces accidents.

Récemment, quand il vint me voir, l'exophtalmie était double et très prononcée, les yeux, presque immobiles, étaient cerclés d'un chémosis séreux intense, s'accompagnant d'ectropion et d'ecchymoses sous-conjonctivales. On sentait, à l'angle supéro-interne de l'orbite et au-dessus des yeux, une sorte de bourrelet dur résistant, cuirassant toute la région des deux côtés. Les glandes lacrymales n'étaient pas appréciables.

Enfin à l'ophtalmoscope, on constatait une double papillite par stase, beaucoup plus marquée dans un œil que dans l'autre et une acuité visuelle inégale mais très abaissée, surtout d'un côté.

En présence, d'une part, de ce bourrelet saillant, dur comme du marbre, présentant tous les signes d'une néoplasie, sans aucune trace de vive inflammation qui permit de songer à un processus orbitaire et, d'autre part, en l'absence de tout antécédent spécial, sauf depuis peu quelques épistaxis à répétition, je fus conduit à songer à une tumeur de nature sarcomateuse, primitive et double, car je ne trouvai dans les fosses nasales de mon malade avec une légère odeur ozéneuse, que de petits polypes muqueux, indépendants, à coup sûr, de son affection orbitaire et qui ont été enlevés depuis.

Néanmoins, en raison de l'étrangeté du cas, j'ai admis la possibilité d'une sorte d'infection lente ou de lymphadénie d'origine inconnue. Je prescrivis un traitement arsenical à haute dose au lieu d'administrer l'iodure qui aurait encore congestionné les yeux du malade.

Je viens de revoir cet homme. Je l'ai trouvé en pleine voie de guérison, il est transformé : plus de chémosis ; pas de papillite : il présente même une légère diplopie, résultant de la gêne relative des mouvements oculaires, mais démontrant par son apparition que les deux yeux commencent à récupérer leur acuité visuelle. »

(Semaine médicale, 23 janvier 1895).

---

#### OBSERVATION XV (résumée)

(BoERMA. — Archiv für Ophtalmologie 1894)

##### *Lymphome symétrique des deux orbites*

Markert, 63 ans. — Durée du séjour à la clinique :

23. VI. — 8. VII. 1893

Depuis deux ans, la malade s'apercevait de la présence de tumeurs dans les paupières de l'œil droit et depuis un an et demi de celle de ganglions dans les plis de l'aîne et dans la région cervicale.

Pas de semblable affection chez ses plus proches parents.

Elat actuel : Les paupières des deux yeux, mais surtout celles de droite, paraissent en totalité fort épaissies, laissant entre elles une fente palpébrale étroite.

La paupière *droite* tombe rigide et la partie supérieure de la cornée est recouverte complètement jusqu'au milieu de la pupille.

La peau est fine, sans rougeur, ni gonflement; le bord antérieur de la paupière est seulement un peu tourné en arrière.

A la palpation, on sent une tumeur fusiforme occupant toute la largeur de la paupière supérieure, non douloureuse à la pression; la peau qui la recouvre est très mobile; la limite extérieure de cette tumeur s'étend jusque sous le rebord orbitaire et n'est pas perceptible. En dehors cependant, elle se laisse refouler sous ce rebord orbitaire. Si l'on tend la peau, elle laisse apercevoir une tuméfaction jaunâtre, arrondie et de consistance fermement élastique. La paupière supérieure étant renversée, sous cocaïnisation, la tumeur devient fortement bombée et donne un aspect gélatiniforme, gris jaunâtre et bosselé. La conjonctive n'est pas mobile sur elle et est lisse. Légère hyperhémie de la conjonctive tarsienne.

A la paupière inférieure on fait des constatations analogues.

La mobilité des deux paupières est supprimée,

L'œil lui-même, n'est pas refoulé en avant,

Rien d'anormal à l'examen du fond de l'œil.

Astigmat. irrég. corn.

La fente palpébrale de l'œil *gauche* est un peu plus large que celle de droite. A la paupière supérieure, on perçoit deux tumeurs isolées l'une de l'autre. En dehors, c'est une petite masse de la grosseur d'un haricot, située vers le bord antérieur de la glande lacrymale, réductible sous le rebord orbitaire, mais dont on ne peut percevoir la limite postérieure. En dedans de cette petite masse, se trouve la seconde tumeur, large environ de 1 c. m. sur 6 m. m. de haut.

Mêmes lésions qu'à droite en ce qui concerne la conjonctive.

A la paupière inférieure on peut palper une tuméfaction de 12 m/m. de large sur 3 m/m. de haut, absolument indépendante du rebord orbitaire. La couleur et la consistance sont les mêmes qu'à droite.

A la région inguinale se trouvent des deux côtés, environ six tumeurs de la grosseur d'une pomme; de même, augmentation de volume des ganglions cervicaux, de la nuque et de la région cubitale.

La malade est de taille moyenne, elle est maigre bien qu'elle se sente bien portante et moins faible qu'auparavant.

On pourrait croire à des tumeurs amyloïdes de la conjonctive. Mais, aussi bien l'état général des tumeurs, que leur aspect après extirpation, justifiaient le diagnostic de Lymphomes.

Les tumeurs étaient encapsulées, on put en extraire cependant la plus grande partie. Après suture de la plaie conjonctivale, guérison normale. Macroscopiquement les ganglions étaient pâles et donnaient à la coupe un aspect légèrement granuleux.

Le 14 octobre 1893, nous revîmes la malade, avec bon état général et persistance des ganglions inguinaux, cubitiaux et cervicaux. Raccourcissement de la conjonctive après renversement des paupières; à la paupière supérieure de l'œil droit on sent, correspondant au bord antérieur de la glande lacrymale une tuméfaction de la grosseur d'une amande, de consistance fortement élastique, à limites postérieures non perceptibles.

Dans la partie externe de la paupière supérieure gauche se trouvent trois autres petites tumeurs du volume d'un pois.

Rien aux paupières inférieures.

Les yeux ont conservé leurs mouvements normaux :

V à droite = 6/36 Ast:gm irré. cornéen.

V à gauche = 6/18 cyl. — 0,75 vert. 6/9.

Du côté du sang rien de particulier à noter.

On a fait seulement l'ablation de la tumeur droite toujours encapsulée, dont on retira trois morceaux environ.

Au début de décembre 1893, la paupière droite ne présente plus rien, pas de changement à gauche.

A l'examen microscopique des parties enlevées, on constate de nombreuses petites cellules rondes avec gros noyau, incluses dans un fin réticulum de tissu conjonctif; le tissu lymphatique est divisé par des « septa » conjonctifs, et subdivisé par des « septula » de même genre.

Les cellules éosinophiles et les cellules géantes sont absentes; le manque de cellules éosinophiles est remarquable parce que dans les Lymphomes malins, elles ne sont pas rares à observer.

Le « Gram » pour l'examen des bactéries, donne un résultat négatif.

OBSERVATION XVI (résumée)

(ROSA KERSCHBAUMER. — Archiv für Ophthalm. 1896.)

*Lymphadénome symétrique des orbites.*

Jeune homme de 25 ans, atteint de leucocythémie depuis six mois environ et qui présentait depuis deux mois de la diplopie et de l'exophtalmie surtout prononcée à gauche. La protrusion du bulbe gauche montait à 2 cent. 2, tandis que le globe droit ne dépassait le niveau du rebord orbitaire que de 1 cent. 85. Tous les tissus de l'orbite, y compris les paupières, étaient fortement tuméfiés et la motilité des yeux se trouvait très restreinte.

$$V. : O G = 6/24$$

$$O D = 6/12$$

A l'ophtalmoscope, à gauche, image typique de l'étranglement de la papille; à droite, image normale sauf la tortuosité des veines. Tuméfaction très considérable de tous les ganglions lymphatiques du corps. Le malade succombe peu de temps après.

L'examen anatomique permet de constater qu'il s'agissait d'un cas typique de leucémie lymphatique liénale.

Les orbites étaient le siège d'une infiltration massive due, d'après l'auteur, à l'entassement des leucocytes néoformés dans la rate et les ganglions lymphatiques et transportés dans les orbites par le courant sanguin. Les vaisseaux étaient remplis de globules blancs et entourés d'un manteau de leucocytes.

L'espace supra-vaginal, ainsi que l'espace de Ténon, étaient complètement bourrés par l'infiltration leucémique.

C'est en suivant les gaines des artères ciliaires courtes postérieures que l'infiltration avait gagné l'intérieur de l'œil pour s'y localiser de préférence dans la partie postérieure de la choroïde, sans pourtant dédaigner complètement les autres points de cette membrane ni les autres membranes du globe de l'œil. Dans les couches internes de la rétine, l'infiltration semblait avoir eu aussi son point de départ dans les espaces périvasculaires des vaisseaux centraux, donc, indirectement, dans les espaces périvasculaires du nerf optique.

L'auteur, de plus, avait constaté, tant dans l'infiltration de l'orbite et des membranes de l'œil qu'à l'intérieur des vaisseaux, la présence de bacilles ressemblant beaucoup aux bacilles du rhinosclérome ; ils avaient des bouts arrondis, leur grandeur était variable et beaucoup d'entre eux possédaient une capsule hyaline.

Les mêmes microbes se retrouvaient dans différents organes. Par ci, par là, l'auteur avait découvert également des groupes isolés de microcoques ; ce dernier ayant pu faire des cultures pures du bacille sus-mentionné, sa nature pathogène reste encore à démontrer, quoique tout parle en faveur de l'origine microbienne de la leucémie.

---

#### OBSERVATION XVI (résumée).

VENNEMAN. — Société belge d'ophtalmologie 1898

##### *Lymphome orbitaire double.*

En 1898, Venneman signale un nouveau cas de lymphome orbitaire double.

---

#### OBSERVATION XVII.

HOCHHEIM. — Arch. für Ophtalmologie, 1900

##### *Tumeurs symétriques des orbites.*

Femme R..., 79 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Variole à 30 ans. En 1897, bronchite.

Dans sa jeunesse la malade a eu quelques maux d'yeux.

En octobre 1897, elle a eu une petite tuméfaction, à l'angle interne de la paupière inférieure gauche, qui était indolore, et qui grossit lentement. En novembre 1897, la paupière supérieure droite enfla si rapidement qu'en décembre la malade ne pouvait rien voir de l'œil droit.

En Février 1898, les deux paupières de l'œil gauche se tuméfièrent d'une façon constante et sans qu'elle ressentit de douleurs.

Elle ne pouvait ouvrir ses paupières qu'avec l'aide de ses mains.

En l'examinant on lui trouve une scoliose, mais pas de déformation du crâne, ni du tibia. Elle est d'une musculature atrophiée. La rate n'est pas augmentée. Ni albumine, ni sucre dans les urines.

L'examen du sang ne donne rien de particulier.

Pas d'hypertrophie ganglionnaire.

Sur la voûte palatine on trouve une tumeur aplatie et assez dure. La muqueuse buccale est sèche et rouge.

*Examen des yeux.* — On voit une forte tumeur dans les paupières supérieures qui n'atteint pas leur bord libre.

*Oeil droit.* — La peau est mobile sur la tumeur ; elle est parcourue par un lacis de veines ectasiées.

A la palpation on sent au-dessous du rebord orbitaire un nodule de la grosseur d'une fève, mobilisable et assez dur. Le doigt ne peut pénétrer dans l'orbite.

La paupière supérieure déborde sur l'inférieure. En la retournant on voit une conjonctive rouge, et des formations nodulaires de la grosseur d'une tête d'épingle qui rappellent les follicules du trachome.

Le globe oculaire n'est pas proéminent. Sa mobilité est limitée de tous les côtés.

*Oeil gauche.* — L'épaississement de la paupière supérieure n'arrive pas au bord palpébral. La peau de coloration sombre est mobile.

A la paupière inférieure il y a un épaississement analogue.

Ici aussi la conjonctive est rouge vif, La tumeur est située au dessous de la conjonctive. Une autre tumeur est perceptible dans la région du sac lacrymal ; on sent qu'elle se prolonge dans l'intérieur de l'orbite, mais n'en atteint pas le fond.

Les glandes lacrymales ne sont pas perceptibles à cause de l'épaississement des paupières supérieures.

Le globe oculaire n'est pas proéminent. Sa mobilité est diminuée en haut et latéralement.

*Examen ophtalmoscopique.* — A droite, staphylome annulaire. La rétine n'est pas modifiée. Pas de choroïdite.

A gauche, on note aussi un staphylome. Cataracte au début.

La symétrie des tumeurs, l'examen négatif du sang et la ressem-

blance du cas avec celui d'Axenfeld, fait émettre le diagnostic de lymphome pseudo-leucémique.

Pour affirmer le diagnostic des coupes microscopiques furent faites. Elles confirmèrent le diagnostic.

On ordonne de l'arsenic.

Le 6 avril 1898, après chloroformisation, on fait une incision de la paupière droite supérieure. Après une forte hémorrhagie, on enlève un petit morceau de conjonctive qui contient deux petits nodules, puis le nodule de la grosseur d'un haricot qui est situé au niveau du rebord orbitaire.

A la suite du traitement arsenical l'état général s'améliore.

Le 9, pour permettre à la malade l'usage de son œil gauche, on extirpe les tumeurs palpébrales. Celle qui est située sous la voûte orbitaire ne peut pas être enlevée en totalité. Elle est entourée d'une capsule conjonctive molle et fragile et présente des adhérences.

A la paupière inférieure, on excise un lambeau ovalaire. On voit que le tarse est détruit. On enlève la tumeur et une partie de la conjonctive. Pour l'ablation du noyau qui est dans le voisinage du sac lacrymal, on incise la peau au niveau de la racine du nez. La tumeur reposait sur le sac lacrymal et était adhérente au périoste. A 2 centimètres en arrière du rebord orbitaire on sentait sur le plancher de l'orbite une large tumeur solidement fixée à l'os. On les enleva autant qu'on pût le faire sans causer trop de dommages.

On sutura et on plaça un pansement iodoformé.

Le cours de la guérison fut normal.

6 mois après, la malade était en bonne santé. Elle était pâle mais n'avait pas maigri. On n'observait pas de récurrence.

*Examen des tumeurs.* — La tumeur extirpée à la paupière supérieure est convexe en avant et concave du côté de la conjonctive. Son bord supérieur est tranchant, l'inférieur mousse. Sur une coupe elle a une coloration grise.

La tumeur de la paupière inférieure offre le même aspect. On fait l'examen microscopique et l'on voit que la tumeur est entourée d'une capsule de tissu conjonctif : il s'en détache des septa qui pénètrent dans son intérieur.

Sur une coupe fraîche la trame en forme de réseau est bien visi-

ble ; les vaisseaux sanguins y sont en petite quantité. A l'intérieur on trouve de petites cellules rondes, dont la forme est modifiée par pression réciproque. Le noyau est rond et occupe presque toute la cellule, de sorte qu'il y a à peine une étroite bande de protoplasma. Les filaments mitotiques sont très abondants. Ça et là sont des hémorragies en forme d'étoiles.

Au niveau de la capsule les cellules sont disposées en forme de follicules. Au milieu de la tumeur elles sont disposées sans ordre particulier. Elles pénètrent entre les mailles du tissu conjonctif de l'orbite et y forment un feutrage. Elles infiltrent aussi l'adventice des vaisseaux, mais ne modifient pas leur lumière.

Le sang est normal.

De pareilles cellules envahissent le tissu graisseux de l'orbite et les glandes lacrymales.

Quelques faisceaux musculaires visibles sur les coupes paraissent intacts. Le tissu sous-conjonctival est en partie pénétré par la tumeur, qui, en certains endroits, arrive jusqu'à l'épithélium. Elle repoussait le tarse, mais ce dernier était à peine infiltré. On avait donc affaire à un lymphome typique.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — On doit entendre par lymphadénome de l'orbite toute néoformation correspondant au tissu adénoïde et siégeant dans la cavité orbitaire. Cette tumeur prend naissance dans la loge postérieure (tissu cellulo-adipeux) ou dans la loge antérieure et se développe dans le tissu conjonctif, et peut-être même dans la glande lacrymale.

II. — Les manifestations du lymphadénome de l'orbite sont celles des tumeurs malignes de cette région et diffèrent quelque peu suivant l'endroit où se développe primitivement cette tumeur.

Le lymphadénome orbitaire est presque toujours bilatéral et symétrique, comme nous le montre la plupart des observations (15 cas). Toutefois, l'observation de Rollet nous prouve qu'il peut être unilatéral; on peut en rapprocher le cas de Chauvel (lymphome palpébral).

III. — Le diagnostic, important à faire au début de l'affection, est à ce moment très difficile sinon presque impossible. Il devient beaucoup plus aisé lorsqu'on trouve d'autres localisations lymphadéniques.

En tout cas, le microscope reste le dernier juge de la question.

IV. — Le pronostic est grave. Il est subordonné à l'extension de la tumeur et à sa généralisation, à la date d'apparition de la cachexie et aux complications leucémiques.

V. — Le seul traitement rationnel est l'extirpation. Elle doit être faite sans retard, sous peine d'en faire perdre tout le bénéfice au malade. Dans les cas où la tumeur s'accompagne de leucémie, l'abstention est de règle.

*Le Président de la Thèse,*

A, PONCET.

VU :

Pour le Doyen :

*L'Assesseur,*

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 janvier 1903.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*

COMPAYRÉ.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- J. Arnold et O. Becker.* — Von Græfe's Archiv für Ophtalmologie.  
1872. Vol. XVIII. F. 2, p. 56.
- Axenfeld.* — Von Græfe's. Archiv für Ophtalmologie, 1891. Vol.  
XXXVII. F. 4, p. 102.
- Bajardi.* — Gazz. med. ital. Torino, 1902, p. 73.
- Bernheimer.* — Klin. Monatsblätter, 1889. Vol. XXVII, p. 199.
- Boerma.* — Von Græfe's Archiv. für Ophtalmologie, 1894. Vol. XL.  
F. 4, p. 219.
- Broca.* — Traité des tumeurs.
- Brousses et Gérardin.* — Lymphadénome, 1886.
- Castel (du).* — France médicale, 1894, p. 56.
- Chauvel.* — Dict. ency. des Sciences méd., art. Orbite.  
» Gazette hebdomadaire de Méd. et Chir., n° 230, 1877,  
p. 360.
- Delbet.* — Ac. des Sciences, 1895.
- Delens.* — Archives d'Ophtalmologie, 1886.
- Demarquay.* — Traité des tumeurs de l'orbite, 1860.
- Duplay et Reclus.* — Traité de Chirur., T. IV.
- Ezequiel Sanchez.* — Thèse de Paris, 1895.
- Forster.* — Klin. Monatsblätter, 1866.
- Gallasch.* — Jaresb. für Kinderheikunde, 1874.
- Gayet.* — Archives d'Ophtalmologie, 1886 et 1888.

- Gilbert.* — Maladies du sang. In-Traité de Médecine Charcot-Bouchard.
- Gorecki.* — Soc. d'Oph. de Paris, 1892.
- Guaita.* — Annali di Ottamologia, 1890.
- Hochheim.* — Von Græfe's Archiv. für Ophtalmologie, 1900. Vol. LI, p. 347.
- Lagrange.* — Traité des Tumeurs de l'orbite, 1893.
- Lang.* — Monographie du chloroma. Arch. gén. de Méd., 1893, 1894, 1898.
- Leber.* — Von Græfe's Archiv. für Ophtalmologie, 1878. Vol. XXIV, p. 295.
- Malpas.* — Thèse de Paris, 1887.
- Osterwald.* — Von Græfe's Archiv. für Ophtalmologie, 1881. Vol. XXVII, p. 203.
- Panas.* — Traité des maladies des yeux. T. II.  
» Semaine médicale, 1893.  
» Revue générale d'Ophtalmologie, 1895.
- Paviot.* — Communications à la Société des Sciences médicales de Lyon (1895 et 1897),  
» Communication à la Société de Biologie (14 novembre 1896).
- Rosa Kerschbaumer.* — Græfe's Archiv. für Ophtalm. Bd XLI, 1896. Abth. III.
- Reymond.* — Annali di Ottamologia, 1883. p. 337.
- Standisch.* — Journal of Ophtal., 1899.
- Tillaux.* — Traité d'An. topographique.
- Tondeur.* — Thèse de Lyon, 1894.
- Wecker (de).* — Traité complet d'Ophtal. T. IV,
- Venneman.* — Société belge d'Ophtalmologie, 1898.
- Westhof.* — Geneeskundige courant, 1893.
-

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| Introduction. . . . .                           | 9  |
| Considérations générales et Historique. . . . . | 12 |
| Etiologie et Pathogénie. . . . .                | 17 |
| Anatomie Pathologique. . . . .                  | 20 |
| Symptomatologie. . . . .                        | 27 |
| Diagnostic . . . . .                            | 36 |
| Marche. — Durée. — Terminaison. . . . .         | 43 |
| Pronostic et Traitement . . . . .               | 45 |
| Observations. . . . .                           | 49 |
| Conclusions. . . . .                            | 84 |
| Index Bibliographique . . . . .                 | 86 |

